ROK III. MARZEC — KWIECIEŃ 1937 R. Nr. 2.

Dwumiesięcznik Stomatologiczny

Redaktor Naczelny: Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN.

Wydawca: Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Stomatologicznej uprawniony przedstaw.: Lek. dent. STEFAN KRÜGER.

Redaktor odpowiedzialny za Dział Naukowy: Doc. dr. med. lek. dent. KONRAD SZEPELSKI.

TREŚĆ:

Członkowie Stowarzyszenia Absolwentów A. S. otrzymują pismo bezpłatnie.

Prenumerata roczna Zł. 6.

Redakcja: Warszawa, Bielańska 9 m. 70. Tel. 602-11
Administracja: Warszawa, Marszałkowska 120 m. 5. Tel. 692-02
Konto P. K. O. 9931.

Korony żakietowe z uwzgl. nowości
Wkładki porcelanowe
Trzyćwierciówki Engla i innych
Złotoplastyka na kauczuku
Indywid. ochronna szczęka bokserska
RODOWANIE białych metali
Pałąkowe roboty ze złotoplatyny
Pallacastu i Skeletta na kauczuku

oraz wszelkie nowości techniczne z IX Kongresu Dentystycznego w Wiedniu



wykonuje

PRACOWNIA

CERAMIKO-TECHNICZNO-DENTYSTYCZNA

J. ŻARSKIEGO

WARSZAWA, ZIELNA 19/4. TEL. 583-65

ROK III. MARZEC—KWIECIEŃ Nr. 2

DWUMIESIĘCZNIK STOMATOLOGICZNY

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej.
(Kierownik: Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI. *Warszawa.*

Patologia próchnicy oraz zmiany anatomo-patologiczne w przebiegu próchnicy.

Próchnica, jako jednostka chorobowa, powinna mieć swe miejsce w patologii; jednakże badacz, który by chciał to miejsce lub grupę, w której winna się próchnica znaleźć, określić, natrafi na dość duże trudności: niema bowiem typowych cech, które by pozwalały na zaliczenie jej do jakiejkolwiek z grup patologicznych dotychczas uznawanych przez patologię. Najprędzej można by zaliczyć próchnicę do grupy zmian wstecznych.

Z pierwszymi naukowymi, w naszym rozumieniu, danymi o próchnicy, spotykamy się wyraźnie około 18 wieku, kiedy to jeszcze panowały w patologii pojęcia o złych sokach krążących w ustroju i niszczących twarde tkanki zęba, o czym zresztą wspomniał znacznie dawniej lecz chaotycznie już i Hipokrates. Częściowo spustoszenie to miało wywoływać zapalenie i ztąd powstała mglista legenda u starożytnych autorów o „wewnętrznej próchnicy".

Dopiero pierwszy Hunter naukowo w 1771 roku opisał znośnie próchnicę. Próchnica powstawała według Huntera początkowo w formie nieprzezroczystej białej plamki, następnie w tym miejscu rozwija się ubytek jako wyraz odumarcia tkanek.

Jednak takie wyjaśnienie nie zadawalniało Huntera i on sam pisze, że musi tu jednak działać jeszcze i inny czynnik. Takie tłomaczenie było dość sztucznym i niezadawalniało większości uczonych z Pfaffem na czele. Pomimo to trzeba było blizko stu lat, żeby ta inna przyczyna wykrystalizowała się w umyśle Millera w formie jego teorii chemiczno-pasożytniczej; przyczym Miller wypowiada się bardzo ostrożnie, podnosząc rolę drobnoustrojów.

Badania Huntera nie były jednak tak nikłe, a miejscami naiwne i prymitywne, jakby można było przypuszczać.

Dużą zasługą Huntera jest to, że obalił on mniemanie,

że ząb jest kością; następnie stwierdził on, że proces próchnicy zębów jest czemś odmiennym od analogicznych procesów w kościach.

Hunter doszedł do swych wniosków drogą wyłącznie badań anatomicznych i posiłkując się bardzo pierwotnymi metodami badań.

Krańcowym przeciwieństwem Huntera okazał się inny badacz Köcker (1828 r.).

Istotę próchnicy przedstawił on jako zapalenie rozwijające się na miejscu odumierającej tkanki twardej zęba. Jednocześnie popełnia on duży błąd, chociaż używa metod znacznie ulepszonych, bo zarzuca Hunterowi, że drugorzędny objaw-ubytek w twardych tkankach względnie rozpad zęba, — uważa za istotę choroby wtedy, gdy istota jej kryje się gdzieindziej.

Obydwaj błądzili i obydwaj stali u celu, ale żaden z nich nie rozwarł wrót Sezamu.

Köcker dążył, jak zahypnotyzowany, aby próchnicę zębów koniecznie zidentyfikować z próchnicą kości; tworzył on szeregi teorii, aby utrzymać swą tezę, ale wszystkie były druzgotane jedna po drugiej.

Jak już mówiłem, stał on u wrót prowadzących do celu, ale nie umiał ich otworzyć.

Tak między innymi nie brak było teorii o zapaleniu, z których najciekawszą była ta, która dopuszczała, że w „kostnej" części zęba (zębiny) tworzy się ropień. Tu Köcker zapomniał, że Hunter udowodnił ponad wszelką wątpliwość, że ząb kostną tkanką nie jest; drugim błędem było to, że ropne zapalenie szpiku kostnego identyfikował on z ropniem.

Jedyną ogromną i niezaprzeczalną zasługą Köcker'a było to, że, gdzie i jak mógł, wtłaczał on stomatologię w ramy ogólnej medycyny i żądał dla stomatologii pełnych praw w tych ramach.

Jak silnym był wpływ Köcker'a w dziedzinie patologii próchnicy, niech świadczy ten fakt, że jeszcze w 1918 roku, Lührse pod wpływem tych teorii twierdzi, że próchnicę należy dzielić na zewnętrzną i wewnętrzną, że istnieje ropień zębinowy i że właściwie cały ten proces zwany próchnicą nie jest niczem innym jak jednym z objawów... kostnej gruźlicy?

Nic dziwnego, że w tym czasie Walkhoff, zajmujący się też sprawami patologii próchnicy, zadając sobie pytanie czy czasem uczeni ci nie mają racji: w tym celu zbiera on liczne preparaty, które obserwuje osobiście, prócz tego stara się dyskutować na ten temat z wybitniejszymi patologami ówczesnymi jak np. Ziegler z Fryburga. Być może, że pewne zamieszanie wprowadziła wspólna nomenklatura: próchnica kości i próchnica zębów, jako, że bardzo długo wszystkie twarde tkanki ustroju zaliczano do szeregu kostnych.

Mechanizm powstawania ubytku w kości Ziegler tłomaczy tak, że bujająca tkanka ziarninowa w kości powoduje powstawanie ubytków, które mogą być wypełniane serowatymi masami, ulega-

jącymi rozpuszczeniu i następowo tworzącymi w ten sposób płynne masy rozpadu, w których krążą zwyrodniałe ciałka ropne. (Przewlekłe ropnie).

Podobnie jak w rozwiązaniu sprawy patogenezy próchnicy, tak i w opisie przebiegu próchnicy popełniano cały szereg błędów. Do najczęściej powtarzanego, zdaniem W a l k h o f f a, należy twierdzenie, że próchnica może być wyleczoną samoistnie (autowyleczenie). Powodem do takiej tezy było stwierdzenie faktu powstawania, przeważnie na pierwszym trzonowcu, pewnych defektów dość ciemno zabarwionych, jednak twardych, gładkich, bardzo ładnie wypolerowanych, które przez niektórych autorów były uważane za ogniska próchnicze samoistnie wyleczone. Ogniska te nie miały nic wspólnego z próchnicą, i przez W a l k h o f f a zostały zaliczone do wad rozwojowych szkliwa. Moim zdaniem, mieliśmy tutaj do czynienia z przewlekłą próchnicą. Zdaniem W a l k h o f f a, próchnica jest to zbutwienie, zmurszenie zębiny, co może być wywołane tylko przez przyczyny zewnętrzne, głównie przez wypłukiwanie soli wapnia pod wpływem działania kwasów. W świetle powyższego zrozumiałem jest, że nie może być mowy o samoistnym wyleczeniu próchnicy zęba, choćby dlatego, że, w pojęciu lekarskim, mówimy o wyleczeniu wtedy, gdy następuje zupełna restitutio ad integrum, czego przy próchnicy narazie być nie może, choćby dlatego, że brak jest macierzystej tkanki, z której mogłoby się odrodzić szkliwie; to też i teza o samowyleczeniu próchnicy musi upaść.

W rozwoju próchnicy są dwa momenty, które należy już tutaj poruszyć:

1-o. Przenikanie bakterii chorobotwórczych wgłąb istoty obnażonej zębiny;

2-o. Znaczenie przezroczystości zębiny.

1-o. Przenikanie bakterii wgłąb zębiny odbywa się w ten sposób, że następuje odmumarcie włókien T o m e s a i wtedy do tych opustoszałych kanalików mogą przenikać bakterie. Dzięki zmianom tam powstałym, może nastąpić względna niewrażliwość ścianek ubytku na niektóre gatunki bodźcy.

Co się tyczy pigmentacji, to następuje ona na skutek imbibicji tkanek barwnikami.

2-o. Przeźroczystość zębiny jest to proces odczynowy, a nie reparacyjny. Ażeby nie było błędów w nomenklaturze, W a l k h o f f proponuje proces ten uważać jako nadżerki w niedorozwiniętej tkance.

Z powyższym zjawiskiem, jak to zaraz zobaczymy, zaczną się wiązać zagadnienia odżywiania i przemiany materii w szkliwiu, zębinie i kostniwiu, co może mieć duże znaczenie w profilaktyce próchnicy.

Tu także panują rozdźwięki. Szkliwie, gdy ząb lub właściwie zarodek przebywa wewnątrz szczęki, odżywia się przez swe zewnętrzne warstwy i tu niepoślednią rolę odgrywają ameloplasty.

Z chwilą, gdy ząb ukaże się w jamie ustnej, odżywianie zaczyna się odbywać *odśrodkowo*, a funkcje te przejmują odontoplasty.

Zdawałoby się, że w takim razie korona zęba, a właściwie, szkliwie, nie odżywia się wcale, gdyż zostało pozbawione tego zespołu narządów, które go odżywiały w okresie poprzedzającym pojawienie się zęba w jamie ustnej.

Sprawa jednak przedstawia się zupełnie inaczej.

Badania dawniejszych i ostatnich czasów dowiodły niejednokrotnie i niezbicie, że barwiki mogą docierać od strony zębiny do szkliwia.

Na podstawie tego ponad wszelką możliwość stwierdzonego faktu wynika, że i sole wapnia mogłyby docierać tą drogą do szkliwia i w ten sposób kompensować ewentualne straty w jego wapiennej części.

Jeżeli chodziłoby o ustalenie drogi, którą wapno trafia do szkliwia, to należy wymienić tutaj istotę klejorodną łączącą pryzmaty szkliwia.

Walkhoff uważa istotę tą za część składową ameloplastów.

Początkowo w okresie embrionalnym tkanka ta była miękką, organiczną tkanką łączną uformowaną w ustroju bezładnie i niezawierającą elementów komórkowych.

Sam proces tworzenia się fizjologicznych złogów wapiennych szkliwia należy sobie tłomaczyć w ten sposób, że sole wapienne rozpuszczają się w sokach wydzielanych prawdopodobnie z wypustek Tomesa i krążących w kanalikach zębinowych. Sole te z chwilą, gdy dopłyną do szkliwia, ulegają wykrystalizowaniu się.

Ponieważ szkliwie nie zawiera jednak jakiegośkolwiek systemu kanalików (przynajmniej nikt tego nie dowiódł), to należy przyjąć, że właściwe przedostanie się soli wapnia do szkliwia odbywa się drogą impregnacji.

Z chwilą ukazania się ognisk próchnicowych występują prawdopodobnie pod wpływem drażniących bodźcy zewnętrznych zahamowanie tej przemiany materii i, nie zostało ustalone, co występuje pierwej: czy zahamowanie, a może tylko zwolnienie wapiennej przemiany materii, a następstwo próchnica czy też odwrotnie.

Pozostawmy to otwarte zagadnienie na boku, a zobaczmy jak się ta sprawa przedstawia w zębinie.

Poza subiektywnym poczuciem wrażliwości lub jak niektórzy błędnie mówią nadwrażliwości zębiny, przezroczystość zębiny jest bezwątpienia dowodem żywotności zębiny, co wyraża się w preparatach mikroskopowych słabszą skłonnością do barwienia się.

Powstawanie tego biologicznego fenomenu przypisuje Walkhoff reakcji ze strony wypustek Tomesa na bodźce zewnętrzne.

Mechanizm tego zjawiska tłomaczy on powolnym zwężaniem

się kanalików zębinowych. Co się tyczy odontoplastów, to po utworzeniu się częściowo w okresie embrionalnym, a częściowo w okresie młodocianym młodej zębiny, komórki te przestały pozornie funkcjonować. Natomiast, gdy zębina ulegnie zmianom patologicznym, bodziec ten pobudzi odontoplasty do nowej, a nawet innej działalności.

Inni autorzy nie zagłębiają się tak dalece w finezje tego procesu i skłonni są raczej tłomaczyć go wsteczną metamorfozą, w której kanaliki ulegają autozwapnieniu.

Biologicznie biorąc, przezroczystość zębiny jest to objaw współtowarzyszący próchnicy, który otacza ognisko próchnicowe stożkowato i jest bezwarunkowo wyrazem energicznego odczynu ze strony odontoplastów na rozwijający się proces próchniczy.

Synchronicznie obserwujemy objaw t. zwanej nadwrażliwości zębiny, którą tłomaczy W a l k h o f f wzmożoną działalnością wypustek zębinowych.

Badając szczegółowo drogi, którymi odżywcze substancje trafiają aż do szkliwia, spotykamy się z różnymi teoriami.

Tak np. jeden z Lindererów, a mianowicie L i n d e r e r młodszy w roku 1854, pisał o czarnych i białych pęczkach włókien w szkliwiu, które on chciał uważać za naczynia krwionośne.

Do pewnego stopnia L i n d e r e r uzależniał nawet barwę zębów od budowy tych naczyń, a mianowicie chodziło mu o to, że gdy tworzą one mniej splotów, to wtedy soki odżywcze krążą szybciej, wobec czego naczynia wydają się żółciejsze, gdyż podłoże, w którym one spoczywają, jest jaśniejsze.

Niebardzo jasnym jest ten związek szybkości krążenia z zabarwieniem, ale w każdym razie należy wiedzieć, że teoria taka przed blizko stu laty istniała.

Później nieco zmienił on swe poglądy o tyle, że sprawę zabarwienia tłomaczył głównie działaniem różnych czynników z zewnątrz, a tylko nieznaczną część tego zabarwienia składa na działanie czynników wewnętrznych.

Dzisiaj, kiedy wiemy, że gruczoły wkrewne mają dość duży wpływ na barwę zęba, — wiemy jak się L i n d e r e r mylił. Chcąc się dowiedzieć, jaką rolę tu odgrywają, jakie znaczenie mają te wewnętrzne czynniki, rozpoczął on badania podobnie, jak to czynimy teraz i my. Moczył on zęby w kwasach różnych i zauważył, że są pewne miejsca w szkliwiu, które nie poddały się działaniu kwasów, a więc zawierają więcej może odpornych substancji żywotnych, w innych natomiast miejscach szkliwie uległo zniszczeniu. Dzięki tej metodzie ustalił on obecność swych pęczków włókien w szkliwiu, które obecnie okazały się blaszkami szkliwia i które mają zupełnie inne znaczenie niż to, które im chciał przypisać L i n d e r e r.

Zasługą tylko L i n d e r e r a będzie to, iż dowiódł on niezbicie, że odżywianie się zęba może się odbywać z wewnątrz. Później odpada możliwość odżywiania się zęba drogą z zewnątrz, a więc przez czerpanie materii odżywczych np. ze śliny, jak to w jakiś czas później przypuszczał F e i l e r.

Sprawa tych blaszek szkliwnych, którą to nazwę wprowadził po raz pierwszy B ö d e c k e r, nie schodziła z porządku dziennego prac poszczególnych autorów i jeden z obecnie jeszcze żyjących, G o t t l i e b, badał je ponownie i przyszedł do wniosku, że te płytki, aczkolwiek czasami zupełnie wyraźnie tkwią w zębinie, to nie mają ciasnego zespolenia z zębiną, takiego, aby je wywodzić z włókien T o m e s a; należy natomiast uważać, że są one właściwie szkliwiem. Różnica tylko leży w stopniu zwapnienia.

Płytki oraz pęczki szkliwia głównie spotkać można tam, gdzie pryzmaty szkliwia nie leżą równolegle, a więc nie na powierzchniach językowej i wargowej.

Teraz z kolei przechodzimy do granicy pomiędzy szkliwiem i zębiną: jakiegoś bezpośredniego przejścia wypustek zębinowych, (inaczej mówiąc, wypustek T o m e s a) z zębiny do szkliwia dotychczas niezauważono z zupełną pewnością i dlatego te *dobrze uwapnione płytki* szkliwia, o których tylko co mówiliśmy, należy jako drogi histologiczne, przez które mógł by się ząb odżywiać, wykluczyć.

Słabo natomiast uwapione płytki szkliwia przeprowadzają bardzo dobrze płyny w obydwu kierunkach od powierzchni szkliwia do zębiny i odwrotnie.

Dowodem na to będzie ta okoliczność, że na miejsce styku płytek szkliwnych z zębiną występuje bardzo łatwo zjawisko przezroczystości zębiny.

Jest to jeszcze jeden dowód więcej, że bodźce chemiczne idące z zewnątrz, wywołują wzmożone czynności włókien Tomesa.

Z zagadnieniem spraw odżywiania i ich związku z patologią próchnicy, wiąże się sprawa znaczenia niedorozwoju szkliwia, jako momentu patologicznego ułatwiającego powstawanie próchnicy, a którego geneza może się wiązać z przerwami odżywiania.

Na powstawanie niedorozwoju szkliwia składa się cały szereg przyczyn.

Jedną z takich przyczyn podaje B a u m e jako osteoporosis. W a l k h o f f, który bliżej się tą sprawą zajmował, wprowadza pojęcia niedorozwoju szkliwia pochodzenia wewnętrznego.

Jako przyczynę wewnętrznego niedorozwoju szkliwia uważa on odchylenia od normy w funkcji ameloplastów i odontoplastów.

Tło tych zaburzeń w ich działalności nie jest dotychczas należycie wyświetlone pomimo teorii Kranza, Preiswerka, Fleischmana, Erdheima i innych.

Jedno jest dosyć pewnym, że dużą rolę tutaj odgrywa osłabiona funkcja wydzielenia gruczołów wkrewnych, co się dało dość pewnie udowodnić drogą zabiegów chirurgicznych na zwierzętach.

Następnie pewien wpływ wywierać mogą ciężkie schorzenia ustroju związane z zaburzeniami odżywiania i trawienia. Nie brak też teorii podnoszących znaczenia w tym procesie i chorób zakaźnych.

Tak np. niedorozwój szkliwia powstawał u zwierząt, którym

wstrzykiwano zawiesinę paciorkowców; poza tym K o c h znajdował u tych zwierząt próchnicę oraz obserwował wypadanie zębów.

Ztąd może by można wypowiedzieć wniosek, że na wewnętrzny niedorozwój szkliwia składają się dwa czynniki: zarazki chorobowe i zaburzenia w wewnętrznym wydzielaniu.

Naturalnie tej przyczyny nie można uogólniać, ale na jej potwierdzenie można przytoczyć obserwacje, które doprowadziły do stwierdzenia zębów H u t c h i n s o n a, F o u r n i e r'a i T u r n e r a.

Ze zmian anatomicznych w przebiegu niedorozwoju szkliwia należy podkreślić powstawanie w nich wodniczek i zanik ameloplastów.

Reasumując powyższe, należy przyjść do wniosku, że niedorozwój szkliwia może być czynnikiem ułatwiającym rozwój próchnicy w sensie ułatwienia działania tych czynników, które według teorii, mających jeszcze dzisiaj prawo obywatelstwa, mogą już bezpośrednio wywoływać te zmiany anatomiczne, zespół których jest znany pod nazwą próchnicy.

Z teorii tych ostatnio jeszcze utrzymuje się teoria chemiczno-pasożytnicza M i l l e r a i czysto chemiczna Ł u k o m s k i e g o.

Według teorii M i l l e r a dzięki działalności drobnoustrojów węglowodany z resztek pożywienia ulegają fermentacji i powodują odwapnienie szkliwia (swego rodzaju niedorozwój szkliwia pochodzenia zewnętrznego w przeciwieństwie do dopiero co opisanego niedorozwoju szkliwia pochodzenia wewnętrznego).

Teoria ta w czasach nowych miała wielu przeciwników. Np. L o h m a n twierdził, że znajdująca się w ślinie mucyna działa jak kwas na szkliwie zębów. Ztąd wynikało, że nie resztki pokarmów są przyczyną powstawania kwasów.

Gdyby tak było, to, ponieważ koncentracja mucyny byłaby największą u ujść przewodów ślinowych, tylko w zębach sąsiadujących z nimi była by zawsze i w wielkim rozmiarze próchnica; tymczasem próchnica rozwinąć może w każdym zębie nawet bardzo zdala od ujść przewodów ślinowych.

Jeżeli tak spojrzymy na tę teorię L o h m a n a, musimy przyjść do wniosku, że graniczy ona z absurdem.

Próchnica rozwija się i tam, gdzie ślina nie zatrzymuje się długo, a resztki pokarmowe utrzymują się dość długo, szczególnie na swych miejscach predylekcyjnych, ztąd należałoby przyjść do wniosku, że kwasy pochodzące z fermentacji tych resztek mogłyby odgrywać pewną rolę w powstawaniu próchnicy, o ile nie będzie innych przyczyn.

To samo powiedzieć można o teorii Ł u k o m s k i e g o, który uwzględnia koncentracje jonów wodorowych w ślinie, a tym samym działanie kwasów bez względu na ich pochodzenie. Dopiero badania B e r e t t y i R e t t e r e r a wnoszą nową orientację, — podnosząc czynnik trofoneurotyczny w genezie próchnicy.

Zmiany anatomo-patologiczne w przebiegu próchnicy zębów są dosyć różne i zależne:

1-o od tkanki objętej próchnicą, a więc rozróżniamy:
a) próchnicę szkliwia,
b) próchnicę zębiny i
c) próchnicę kostniwia;

jak również:

2-o od przebiegu, to znaczy, że różniczkujemy:
a) próchnicę ostrą,
b) próchnicę przewlekłą.

Przy rozpatrywaniu zmian anatomicznych towarzyszących próchnicy w szkliwiu musimy uwzględnić trzy jednostki histologiczne:
1-o Płytki,
2-o Pęczki,
3-o Prążki Retzius'a.

Co się tyczy płytek, to nie ulega wątpliwości, że są to niezwapniałe odcinki międzykomórkowej substancji podstawowej.

Łączą się one z jednej strony z otoczką zewnętrzną szkliwia, a z drugiej strony z powierzchnią zębiny graniczącą ze szkliwiem. T. zw. pęczki powstają z tego, że odcinki odwapnionego właściwego szkliwia leżące w różnych płaszczyznach są rzutowane na jedną i mają wygląd pęczków przylegających trochę głębiej niż płytki szkliwia.

Wreszcie prążki Retzius'a są to odcinki części organicznej szkliwia; ich obecność wskazywała by na to, że zwapnienie fizjologiczne, które jest w stałym ruchu, jest nieco zwolnione lub nawet całkiem zahamowane wtedy, gdy tworzenie się szkieletu szkliwia dalej odbywa się bez przeszkód.

Ponieważ zwiększenie ilości tych prążków wskazywało by na zwiększenie ilości organicznej materii szkliwia, a co za tym idzie na zmniejszenie twardości, a więc odporności szkliwia, to okoliczność ta wskazywałaby na sprzyjające warunki rozwoju próchnicy. Prążki Retzius'a przebiegają poprzecznie do poprzednio omówionych pęczków.

Szkodliwe bodźce z obwodu bardzo szybko przedostają się drogą płytek szkliwnych do zębiny i to powoduje zaburzenia w przemianie materii wypustek Tomes'a.

Ponieważ w przebiegu próchnicy szkliwia odróżniamy powierzchowną próchnicę (na powierzchniach zębów) i nieco głębszą (przeważnie w bruzdkach), to ogniska próchnicowe szkliwia po większej części układają się w formie stożka.

Jeżeli na granicy szkliwia z zębiną w tej ostatniej ilość kanalików będzie niewielka, to proces próchniczy może uledz do pewnego stopnia zahamowaniu.

Co się tyczy próchnicy w zębinie, to tutaj obraz będzie inny, a dziać się będzie głównie dlatego, że stosunek części organicznych do

części nieorganicznych w porównaniu ze szkliwem przesunie się na korzyść organicznych, chociaż części nieorganiczne jeszcze będą stanowić 72% całości.

W zębinie warunki rozwoju mikroorganizmów są znacznie dlatego pomyślniejsze i dlatego próchnica zębiny nabiera więcej cech choroby zakaźnej.

Proces ten rozwija się bezpośrednio, stykając się już z częściami miękkimi — wypustkami Tomesa.

W zębinie stwierdzimy więc też procesy odwapnienia, które będą przede wszystkim polegać na rozpuszczaniu soli pokrywających złogami ściany kanalików zębinowych, zwężając przez to ich światła.

Jako zewnętrzny wyraz tego zjawiska występują pasemka w substancji podstawowej zębiny; pasemka te przebiegają stycznie w stosunku do świateł kanalików.

Jednocześnie zaczynają się tworzyć w zębinie i większe odcinki odwapnienia w formie przestrzeni międzykulistej.

Pewną różnicę w budowie próchnicowej zębiny spotykamy w obrębie korzeni, a mianowicie równolegle do kostniwia spotykamy *pasmo ziarenkowate*, które jednak przy bliższym badaniu nie jest pasemkiem ziarenek, ale są to albo poprzeczne przekroje pęczków substancji podstawowej (Weidenreich), albo też poprzeczne przekroje kolbowatych zakończeń kanalików zębinowych (Hanazawa), wreszcie są to posplatane odcinki międzykulistej zębiny (Euler).

W stanie patologicznym treść kanalików zębinowych—wypustki Tomesa — ulegają pewnym zmianom, a mianowicie:

Zmiany tłuszczowe oraz złogi wapnia.

W wypustkach Tomes'a może się odczepiać tłuszcz w różnych okolicznościach, ale napewno zawsze w pierwszych okresach próchnicy.

Na początku stwierdzić można zawsze kropelki tłuszczu, później tłuszcz wypełnia całkowicie światło kanalików.

Potwierdzenie tego znajdujemy w preparatach mikroskopowych, używając specyficznych metod barwienia, a mianowicie: Sudanem III. Tkanka tłuszczowa wystąpi wtedy jako zabarwiona na czerwony kolor.

Co się tyczy procesu zwapnienia patologicznego, to sprawa tak się przedstawia:

W kanalikach zębinowych znajdujemy złogi wapnia w postaci drobnych ziarenek; zębina w tych miejscach wydaje się nieco jaśniejszą i wtedy zazwyczaj mówimy o przezroczystości zębiny. Tworzenie przezroczystości zębiny jest wyrazem dalej idących zaburzeń w przemianie materii wypustek Tomes'a i nie jest jeszcze ustalone czy istnieje pewne prawo, mocą którego zawsze po zmianach tłuszczowych w okresie wcześniejszym, muszą wystąpić złogi wapnia w okresie późniejszym, czy też zmiany te zależą od stopnia złośli-

wości czynników szkodliwych. Są pewne dane, że jednak ta kolejność może istnieć.

Podchodzimy do zagadnienia przezroczystości zębiny. Furrer w miejscach, gdzie ona występuje, rozróżnia trzy pasy. Są to, licząc w kierunku od miazgi ku obwodowi, pas:

1) ziarnistego zwapnienia,
2) przezroczystości czyli jednolitego zwapnienia,
3) zmętnienia czyli odwapnienia.

Dalszy los, który spotyka włókna Tomes'a po wtargnięciu do kanalików bakterii i po odwapnieniu ścianek przez wytwarzane przez nie kwasy będzie tworzenie się segmentacji Hanazawy względnie linii zygzatowatych Wellauera.

Mechanizm tych zmian polega na tworzeniu się przewężeń wypustek Tomes'a i odpowiednio w innych miejscach następuje rozszerzenie innych ich odcinków.

Wypustki układają się wtedy zygzakowato, tworząc linie wzgl. błyskawice Wellauer'a.

Hanazawa twierdzi, że właściwie tu ma miejsce przerwa, ciągłości tkanek pod wpływem zwyrodnień (tłuszczowe) wypustek Tomes'a, które rozpadają się na segmenty.

Zniszczenie wypustek Tomes'a pod wpływem bezpośrednim drobnoustrojów ma też swój mechanizm: początkowo bakterie wysyłają swoje kolonie próbne, które mają zadanie „wywiadowcze".

O ile kolonie te zaklimatyzują się, to wtedy działają one na pozostałe masy bakterii przywabiająco i kanaliki rychło wypełniają się szczelnie bakteriami, które zużywają jako sprzyjającą pożywkę wypustki Tomesa.

Niezawsze jednak w tej nierównej walce tkanka zębiny tak szybko poddaje się i wtedy jesteśmy świadkami tworzenia się wtórnej zębiny, co jest zawsze wytworem jeszcze żywej miazgi.

W rozwoju próchnicy zębiny ostatecznie pod wpływem badań Kantorowicza i Furrera można ustalić nastepujące pasy, licząc od miazgi ku obwodowi.

1-o zębina normalna,
2-o zmętnienie.
3-o przezroczystość,
4-o znowu zmętnienie,
5-o odwapnienie,
6-o rozmiękczenie.

Obserwując kanaliki zębinowe w przebiegu próchnicy, widzimy, że wykazują one duże skłonności do zmiany konfiguracji.

Dzieje się to w ten sposób:

Bakterie żerujące wewnątrz kanalików wytwarzają między innymi kwasy, które odwapniają ich ścianki i kanaliki, na skutek tego stają się z twardych nieco elastyczniejszymi podatnymi na ucisk ze strony coraz szczelniej wypełniających je bakterii w przekroju

nie dają one więcej formy koła lecz przybierają formę owalną, elipsoidalną nawet wielokątną.

Kwasy przesączające się przez ścianki przedostają się do substancji międzykanalikowej również i tam działają odwapniająco, substancja ta też traci na twardości i równomierny ucisk na ścianki kanalików maleje względnie ginie zupełnie.

Rezultatem takiego zespolonego wyniku będzie wreszcie pękanie ścianek kanalików i zlewanie się ich po kilka razem.

Proces na tym się nie kończy, ale posuwa się stale naprzód i wreszcie występują w zębinie kawerny opisane przez K a n t o r o w i c z a, z których są wysyłane nowe kolonie próbne we wszystkich kierunkach.

W przekroju podłużnym kanaliki ulegają innym zmianom, a mianowicie ulegają one miejscami rozszerzaniu, a w innych zwężeniu tak, że tworzą one coś nakształt różańca.

Z biegiem czasu szersze miejsca ulegają zwiększeniu i kanaliki przedstawiają się nam w układzie bańkowatym.

W niektórych przypadkach możemy zaobserwować tworzenie się w zębinie szczelin, które przebiegają prostopadle lub też pod kątem w stosunku do kanalików.

W korzeniach próchnica przebiega nieco inaczej. Tutaj musimy rozróżnić trzy możliwości: próchnica powstała przy:

1-o koronie klinicznej zachowanej,
2-o koronie klinicznej częściowo zachowanej,
3-o braku zupełnym korony klinicznej.

Przy zachowanej koronie klinicznej drobnoustroje przenikają do kanalików zębiny z jamy ubytku. Kiedy natomiast korona kliniczna jest częściowo zniszczona, to warunki ulegają częściowej zmianie, a mianowicie: w tych warunkach górna część korzenia uważaną jest za jamę ubytku i wtedy drobnoustroje przenikają z dośrodkowych zakończeń kanalików w kierunku ku obwodowi.

W przypadku zupełnego zniszczenia korony klinicznej ta część korzenia, która jest przykrytą dziąsłem, jest do pewnego stopnia chroniona, przed dalszym rozwojem próchnicy; proces próchnicy rozwija się w zupełnie głębokich i więcej przyśrodkowych partiach korzenia.

Obecnie pozostaje do omówienia próchnica kostniwia. Wyniki obserwacji klinicznych pouczają nas, że próchnica rozwija się bardzo łatwo w kostniwiu i rozszerza się bardzo łatwo w kierunku wierzchołka, co się tłomaczy tem, że kostniwie zawiera 32,24% części organicznych. (E u l e r). Pewna różnica w rozwoju próchnicy w kostniwiu tłomaczy się budową anatomiczną samego kostniwia.

Wiele pracy poświęcił tej sprawie S h m a m i n e. Rozróżnia on pierwotne i wtórne kostniwie. Uważam, że termin ten jest niefortunnie wybrany, bo pojęcie np. pierwotny oznacza, że wtórne kostniwie jest czemś może patologicznie wzgl. fizjologicznie nabytym,

tymczasem z chwilą powstawania zęba, sądząc z opisu Shmamin e‘a obydwa rodzaje kostniwia zjawiają się równocześnie.

Prawdopodobnie dlatego Euler wprowadza pojęcia kostniwia włókienkowatego (Fibrillär) i kostnego kostniwia (Osteozement). Ponieważ termin kostne kostniwie może brzmieć trochę dziwnie, proponuję, wprowadzenie terminu: kostniwie bezkomórkowe i komórkowe.

Bezkomórkowe kostniwie jest zgrupowane w pobliżu górnej trzeciej części korzenia, (a więc koło szyjki), i ciągnie się w formie pasemek pokrywających zębinę; w głębszych częściach, to bezkomórkowe kostniwie jednak może być też stwierdzone i jest ono ułożone wraz z kostniwiem komórkowym, leżąc zupełnie bezładnie.

Zależnie od tej budowy anatomicznej i próchnica rozwija się nieco inaczej.

Punktem wyjściowym tu będą wypustki Sharpey‘a i w nich lub obok nich leżące przerwy wypełnione sokami, które umożliwiają przemianę materii w kierunku od ozębnej do granicy pomiędzy kostniwiem, a zębiną.

Szczególnie w kostniwiu komórkowym mają duże znaczenie jamy kostniwne z odchodzącymi od nich i anastomozującymi pomiędzy sobą kanalikami oraz wyżej wspomniane przerwy. Te przerwy powstają w ten sposób, że płytki kostniwia nie przylegają zbyt szczelnie do siebie i tworzą w ten sposób niezwapniałe rozstępy.

Sam przebieg rozwoju próchnicy różni się pomiędzy sobą zależnie od tego, gdzie powstaje ognisko próchnicowe: czy w komórkowym, czy też w bezkomórkowym kostniwiu.

W komórkowym kostniwiu rozwija się próchnica w ten sposób, że po obnażeniu się korzenia nabłonek z opuszczonego dziąsła wrasta wgłąb kieszonki, tworząc coś w rodzaju otoczki, która początkowo tworzy jakby pancerz ochronny; jednak po upływie pewnego czasu pod wpływem kwasów produkowanych przez bakterie otoczka ulega zniszczeniu i wtedy zaczyna się rozwój próchnicy w zwykły sposób, a więc:

Bakterie wysyłają swe kolonie próbne z tą różnicą, że rozwój ich i związane z tym procesy odwapnienia idą wzdłuż korzenia, co stwarza nietyle ogniska próchnicowe, ile powoduje odpadanie całych warstw kostniwia.

W kostniwiu komórkowym natomiast proces próchnicy rozwija się w ten sposób, że kolonie próbne przenoszą się przez wypustki Sharpey‘a do zębiny i dopiero tu w zębinie, lub na granicy zębiny i kostniwia tworzą się ubytki próchnicowe według już zwykłego mechanizmu.

Tak przebiega ostra forma próchnicy, albo jak ją niektórzy nazywają drążąca próchnica lub wilgotna.

W przeciwieństwie do tej ostatniej odróżniamy próchnicę przewlekłą względnie suchą.

Dawniej uważano przewlekłą postać próchnicy za samowyle-

czenie próchnicy jako, że brakło tutaj cech rozmiękczenia, a ogniska chociaż ciemno zabarwione i szorstkie na dotyk nie wykazywały tendencji do zwiększania się.

Jednak metody różniczkowe barwienia bakterii wykazują że tu niema mowy o samowyleczeniu próchnicy.

Z cech, które charakteryzują przewlekłą postać próchnicy, należy wymienić:

1-o brak nawisających brzegów szkliwia;
2-o ułatwione warunki oczyszczania się zębów przeważnie drogą aktu żucia;
3-o duża odporność ze strony miazgi, co się wyraża w wyjątkowo obfitym tworzeniu się pasów przezroczystej zębiny.

Nie jest wykluczonym, że o ile jeden z powyższych warunków przestanie działać, przewlekła forma przechodzi w ostrą w tym samym nawet ognisku; równie może się zdarzyć, że i w tym samym zębie tylko, że w innym miejscu powstanie ognisko ostrej próchnicy wtedy, gdy dawne ognisko zatrzymuje nadal charakter schorzenia przewlekłego.

W preparatach w formie przewlekłej stwierdzamy kolonie drobnoustrojowe tylko w częściach powierzchownych; co się tyczy zmian anatomicznych, to widzimy wyraźną różnicę pomiędzy zdrową, a chorą zębiną, natomiast w chorej zębinie nie stwierdzamy, ani różańcowatych kanalików podłużnych, ani rozszerzeń poprzecznych, ani innych zmian charakteryzujących próchnicę ostrą.

Tylko w nieco późniejszych okresach, o ile by tak można było mówić, stwierdzamy, że kanaliki wykażą formę lejowatą, to znaczy, że będą z jednego końca nieco rozszerzone.

Ażeby wyczerpać zupełnie obraz przewlekłej próchnicy, należy nadmienić, że próchnica odpowiadająca ubytkom 5-ej klasy nosi czasami pewne cechy próchnicy przewlekłej pomimo, że przebiega ostro. Mianowicie wtórna zębina, która się tu tworzy, wyglądała jakby leżała nieco głębiej niż samo ognisko. Tak się mniej więcej przedstawiają sprawy próchnicy i zmian patologicznych w jej przebiegu.

Pathology of caries and anatomo-pathological changes in the process of caries.

The author begins with an historical outline of the researches relating to the essence of caries as a morbid element.

After this he considers the question of nourishment and its significance in the rise and spreading of caries. A special attention is given to the system of enamel plates — the transparent zone of the dentin. The author then discusses in detail the histological changes which occur in the process of caries, taking into account topographic differences (localization of the cavity) and those of the process itself (acute and chronic caries).

———o———

Z Kliniki Protetycznej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik zast. prof. doc. dr med. WITOLD CYBULSKI).

Lek. dent. JANINA GALASIŃSKA - LANDSBERGEROWA,
St. asyst. Kliniki. *Warszawa.*

O stronie do-przęsłowej filarów protetycznych.

W literaturze protetyki stomatologicznej brak jest szczegółowych danych tyczących ukształtowania strony przydziąsłowej filarów w odcinku zwróconym do przęsła mostu, w odcinku do - przęsłowym. A przecież racjonalne rozwiązanie tego zagadnienia jest równie ważne jak sprawa budowy strony przydziąsłowej przęsła, czemu tak wiele ze względów profilaktycznych poświęcano uwagi. W literaturze dawniejszej nie napotykamy żadnych specjalnych wskazań związanych z przygotowaniem strony do-przęsłowej filarów. Z autorów ostatniego dziesięciolecia jedynie G r a v i n k e l wspomina o konieczności przeniesienia strony stycznej wkładu do dziąsła, jeżeli ma on służyć jako filar. Przy kształtowaniu koron wszelkich systemów i komentowaniu zagadnienia przydziąsłowego sprawa strony do-przęsłowej nie była również poruszana. Dopiero w literaturze najnowszej, w dziale o pół i trzyćwierciowych koronach, napotyka się artykuł C a r l e b a c h a o zmodyfikowanej półkoronie, która, nie sięgając w swym przebiegu do dziąsła, w odcinku stycznym zagłębia się na kształt stopnia poddziąsłowo. Autor uzasadnia tę modyfikację względami profilaktycznymi, nie porusza jednak zagadnienia wyjątkowych warunków, w jakich znajduje się strona styczna filarów włączonych do mostu.

W normalnych warunkach sprawa przydziąsłowa zęba przedstawia się następująco. Poniżej anatomicznej szyjki zęba nabłonek ozębnej zębodołu tworzy połączenie z włóknami cementu, dzięki czemu jest możliwe elastyczne utrzymanie korzenia zęba w zębodole. W miejscu zetknięcia cementu korzenia ze szkliwem korony,—w miejscu anatomicznej szyjki zębowej, nabłonek ozębnej zębodołu zrasta się z nabłonkiem szkliwa, tworząc, zwany przez Niemców (Epithelansatz) — „przyczep nabłonkowy". Połączenie to biegnie okrężnie i jest ciągłe, tak, że w normalnych warunkach nie udało się stwierdzić przejścia w kierunku wierzchołka. Powyżej przyczepu nabłonkowego nabłonek ozębnej przechodzi w nabłonek dziąsła, przylegającego luźno do zęba, przez co tworzy się rodzaj kieszonki, zwanej też kieszonką zębową.

Dnem kieszonki jest połączenie dwu nabłonków, ścianami dziąsło i powierzchnia boczna zęba (K l e e b e r g). W okolicy odpowiadającej przejściu strony policzkowej i językowej zęba w styczną, mieści się zgrubienie stożkowate dziąsła, zwane brodawką dziąsłową. Wypełnia ona trójkątną przestrzeń między ścianami stycznymi sąsiadujących zębów. Ukształtowanie zetknięcia ścian bocznych zębów

przedstawia się różnorodnie, naskutek różnego typu budowy odnośnych zębów. Liczne badania, przeprowadzone przez Mühlreitera, Sichera, Tandlera, Kleeberga wykazały istnienie trzech zasadniczych typów budowy: bardziej baniastej, mniej baniastej i płaskiej. Stąd ujęcie zetknięcia ścian stycznych w formie „punktu" jest dla tych trzech typów pojęciem cokolwiek ograniczonym i, zgodnie z zapatrywaniami Kleeberga, należałoby je rozbić na: 1) zetknięcie w formie punktu stycznego zębów nader baniastych; 2) zetknięcie w formie linii (o kierunku wargowo-językowym) zębów mniej baniastych; 3) zetknięcie w formie płaszczyzny stycznej zębów płaskich. Kleeberg w obserwacjach budowy anatomicznej zębów i zmian, zachodzących w niej w miarę użytkowania, spostrzegał ścieranie ścian stycznych, przekształcanie niejako formy baniastej w mniej wypukłą, a w daleko posuniętych przypadkach aż do granicy formy płaskiej. Zsigimondy nazwał to interstitiäre Schliff — albo Reibungsfacetten. Ścieranie to znajduje swoje wytłumaczenie w ograniczonych, ale stałych ruchach zęba w zębodole. Przy tym postępującym ścieraniu ulega szybszemu zużyciu strona dośrodkowa zęba. Rozpatrzmy teraz warunki, w jakich znajduje się okolica przydziąsłowa podczas aktu żucia. Odcinek wargowy i językowy okolicy przydziąsłowej oczyszczany jest automatycznymi ruchami warg, policzków i języka, oraz przepływającym stale prądem śliny. Mniej dostępna dla mechanicznego samooczyszczania okolica międzyzębowa znajduje naturalną ochronę w zetknięciu ścian stycznych i brodawce dziąsłowej. Zetknięcie ścian stycznych, czy to w formie punktu, czy linii, czy płaszczyzny, uniemożliwia wejście resztek w kierunku pionowym, oraz wargowo-językowym. Wypełnienie przestrzeni międzyzębowej dobrze ukształtowaną, zdrową, elastyczną brodawką stanowi ponowną ochronę przed zanieczyszczeniem w kierunku wargowo-językowym. Przyjmijmy w rozważaniu naszym, że brodawka i części okołozębowe są zdrowe, niedotknięte żadnym schorzeniem miejscowym, lub ogólnym i zajmijmy się sprawą powikłań międzyzębia wypływających z uszkodzenia wyłącznie filarów.

Przy zniszczeniu części, lub całej ściany stycznej, bądź jednego, bądź obu filarów, odpada działanie naturalnej ochrony, jakim jest zetknięcie ścian stycznych. Odgryzane, lub rozmiażdżane resztki pokarmowe wklinowują się bez przeszkody w wolną przestrzeń między zębami, zalegają tam, uciskają na brodawkę, wciskają się w kieszonkę zębową. Oczyszczanie mechaniczne usuwa je z trudem, częstokroć w połączeniu z uszkodzeniem części miękkich przyzębowych. W rezultacie uszkodzenie części twardych zęba staje się punktem wyjścia schorzeń przyzębia na drodze urazu i infekcji. Odtworzenie dawnych warunków ścian stycznych może w tych przypadkach przywrócić stan dawnej równowagi, o ile nie przyszło do zaniku, jako zejścia spraw zapalnych. Wskazania przy uzupełnianiu braku ograniczają się do dokładnego przystosowania uzupełnienia do obwodu przydziąsłowego zęba i drobiazgowego stworzenia indywidualnego (patrz podział Kleeberga) punktu stycznego. Uszkodzenie zetknięcia ścian bo-

cznych w postaci jednego, lub kilku brakujących sąsiadów wytwarza przy odbudowie braków dla strony stycznej doprzęsłowej warunki nieco odmienne. Przy brakach zębowych uzupełnionych w postaci mostu ciągłość powierzchni żujących zabezpiecza stronę przydziąsłową doprzęsłową od ucisku napierającego kęska pokarmu, ale tylko w kierunku pionowym. Przy kierunku poziomym, wywołanym podczas żucia uciskiem policzków, warg i języka, brak jest resztkom pokarmowym naturalnej zapory, jaką daje ciągłość sąsiedniego zęba z zębodołem. Przy uzupełnieniach mostkowych natomiast, zgodnie z opinią nowoczesnych zasad, wytworzona jest zdecydowana przestrzeń między przęsłem a zębodołem. Przestrzeń ta, oraz racjonalny przekrój przęsła, mają na celu utrzymanie czystości i umożliwienie oczyszczania przęsła od strony wyrostka zębodołowego i odcinka doprzęsłowego filaru. Praktyka wykazuje jednak, że mimo starannego oczyszczania strona przęsła zwrócona do wyrostka i odcinek doprzęsłowy filarów są pokryte lepkim, szlamistym nalotem w mniejszym, lub większym stopniu, zależnie od schludności pacjenta. Owe najmniejsze choćby, ale stałe resztki pokarmowe z osadami flory bakteryjnej, mają idealne warunki dla rozwoju drobnoustrojów: wilgoć, ciepło i ciemność. Zagadnienie sprawy przydziąsłowej w odniesieniu do robót protetycznych wypełnia pokaźne rubryki w literaturze ostatniego dziesięciolecia. Reasumując metody rozwiązania brzegu dziąsłowego, możnaby je ująć w trzy zasadnicze grupy:

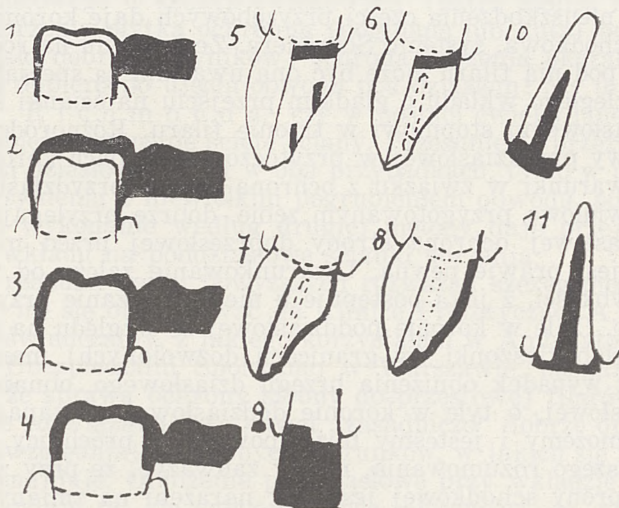
TABLICA A.

	Korony	Półkorony	Zz. ćwiekowe
I umocowania poddziąsłowe	pierścieniowa; pow. żuj. kuta. lana.	Rank. Carmichael.	Richmond. ząb ćwiekowy metodą Schrödera (lany).
II umocowania dodziąsłowe	Orton.	Häupl-Lang. Brekhaus (Fournierkrone)	
III umocowania naddziąsłowe	korona schodkowa — Schröder. (Stufenkrone).	Carlebach.	

Tablica B przedstawia w schematycznym ujęciu budowę poszczególnych typów wymienionych umocowań oraz ich stosunek do brzegu przydziąsłowego filaru.

TABLICA B.

Schematyczne ujęcie poszczególnych typów umocowań oraz ich stosunek do brzegu przydziąsłowego filaru.



1. Koron pierścieniowa, poddziąsłowa. Powierzchnia żująca, kuta.
2. Korona pierścieniowa, poddziąsłowa, pow. żująca lana.
3. Korona lana Ortona dodziąsłowa.
4. Korona schodkowa Schrödera nie sięgająca do dziąsła.
5. Półkorona Ranka z pierścieniem poddziąsłowym.
6. Półkorona Carmichaela z pierścieniem poddziąsłowym.
7. Półkorona Haupla bezpierścieniowa, dodziąsłowa.
8. Półkorona Brekhusa ze stopniem, nie dosięgająca do dziąsła.
9. Półkorona Carlebacha ze stopniem zagłębiającym się jednostronnie pod dziąsło.
10. Skówka korzeniowa Richmonda z pierścieniem poddziąsłowym.
11. Skówka korzeniowa Schrödera lana, uchwyt korzenia poddziąsłowy.

Rozpatrzmy poszczególne umocowania.

Jak widać ze schematycznego rysunku, zachodzą zasadnicze różnice w przebiegu przydziąsłowym przedstawionych typów koron. Te same rysunki przedstawiają różnice w oszlifowaniu zębów zależnie od poszczególnych rodzajów budowy korony. Korony pierścieniowe z powierzchnią kutą lub laną, o pierścieniu sięgającym poddziąsłowo (na 0,5 do 1,5 mm.), wymagają największego oszlifowania zęba, najwięk-

szej utraty tkanki twardej. Przyczym z trudnością oszlifowania łączy się ewentualność uszkodzenia tkanki miękkiej okołozębowej.

Korony dodziąsłowe systemu Ortona nie nastręczają takich kłopotów przy szlifowaniu; sięgają tylko pogranicza dziąsła, nie wymagają tak znacznej jak korony poddziąsłowe utraty tkanki zębowej. Najtrudniejszym momentem ich wykonania jest wytworzenie możliwie cienkiego, gładkiego przejścia lanej powłoki korony na ścianę przydziąsłową zęba. Spośród przytoczonych typów koron największą gwarancję nieuszkodzenia części przyzębowych daje korona naddziąsłowa — schodkowa, systemu Schrödera. Ze względu na rodzaj przygotowania pod nią filaru może być ona uważana za specjalny rodzaj dużego, rozległego wkładu o gładkim przejściu na ścianki zęba, dzięki przydziąsłowemu stopniowi w trzonie filaru. Różnorodne rozwiązanie sprawy przydziąsłowej w przytoczonych typach koron stwarza odmienne warunki w związku z ochroną strony przydziąsłowej filaru. W prawidłowo przygotowanym zębie, dobrze przylegającej koronie poddziąsłowej ochrona strony doprzęsłowej przed możliwością próchnicy jest prawie pewna. Uwarunkowanie zależy od wieku pacjenta i szybkości, z jaką postępuje u niego obniżanie przyczepu nabłonkowego. O ile w koronie poddziąsłowej ze względu na jej zachodzenie w głąb kieszonki (w granicach dozwolonych) mamy pewną rezerwę na wypadek obniżenia brzegu dziąsłowego, obnażenia strony do-przęsłowej, o tyle w koronie dodziąsłowej na zapas podobny liczyć nie możemy i jesteśmy bliżsi powstania próchnicy. Idąc po linii powyższego rozumowania, należy zauważyć, że przy zastosowaniu typu korony schodkowej jesteśmy narażeni na zmiany próchnicowe a priori, (u pacjentów ze skłonnością do próchnicy), gdyż zachyłek między przęsłem, wyrostkiem a ścianą zębową ze względu na upośledzone warunki higjeniczne, jest miejscem najsłabszego oporu dla powstania próchnicy.

Przy rozpatrywaniu umocowań w postaci półkoron, lub zwanych inaczej — koron trzyćwierciowych, spotykamy (patrz tablica B) analogiczne warunki.

Półkorony Ranka i Carmichaela naskutek obecności półpierścienia poddziąsłowego (od stron stycznych i językowej), mają identyczne warunki, jak korony pierścieniowe, poddziąsłowe. I tu zachodzi konieczność głębszego oszlifowania, większej utraty tkanki, tu także wsunięcie poddziąsłowe pierścienia stanowi ochronę strony doprzęsłowej przed zalegającymi resztkami pokarmowymi. Półkorona Häupl-Langa, dochodząca tylko dodziąsłowo, oparta jest na analogicznych zasadach jak korona Ortona.

Przy uzupełnieniu pojedyńczego, zniszczonego filaru o niezmienionych warunkach stycznych, jeżeli przejście brzegu na ścianę zęba jest gładkie i dokładne, oddawać może dobre usługi. Jako filar mostu nastręcza te same zastrzeżenia dla strony do-przęsłowej, co korona dodziąsłowa, jeśli chodzi o ochronę ściany przydziąsłowej i rezerwę w przypadku obniżenia poziomu dziąsła. Trzyćwierciowa korona Brekhusa (Fournierkrone) odpowiada typowi korony

schodkowej S c h r ö d e r a. Jakkolwiek warunkiem jej zastosowania jest brak usposobienia do próchnicy, to ze względu na swe ukształtowanie, nie jest w możności zapewnić ochrony stronie doprzęsłowej w razie zmienionej odporności. Stąd modyfikacja, jaką wprowadził C a r l e b a c h do korony trzyćwierciowej w postaci stopnia zagłębiającego się jednostronnie poddziąsłowo musi być uznana za słuszną. Według tych samych zasad układają się warunki ochrony brzegu przydziąsłowego w zębach ćwiekowych (patrz tablica B). Zabezpieczenie korzenia płytką ochronną (doginaną lub kutą) powierzchowne, nie dało dobrych wyników; ochrona korzenia okazała się wystarczająca dopiero po ujęciu obwodu pod dziąsłem: czy to w formie pierścienia R i c h m o n d a, czy w postaci ćwieka lanego, obejmującego zbieżne, ukośnie ścięte ściany. Przesunięcie brzeżnego umocowania pod dziąsło zachodzi w obu przypadkach, tylko w pierwszym mamy do czynienia z niewielkim pogrubieniem obwodu, podczas gdy prawidłowe wykonanie według drugiej metody daje przejście gładkie lanego wkładu na poddziąsłowe ścianki korzenia.

Przy reasumowaniu powyższych rozważań szereg mostów, które zdarzyło mi się obserwować na Klinice Protetycznej A. S. i duży materiał doświadczalny, z jakiego korzystałam w Ambulatorium Protetycznym Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie, nasunął mi spostrzeżenie, że sprawa ochrony strony do-przęsłowej filarów nie jest dostatecznie rozwiązana, i że nawet „zasadniczo" dobrze opracowane filary nie uwzględniają odrębnych warunków, w jakich się strona doprzęsłowa znajduje. Obniżenie poddziąsłowe przy wkładzie stycznym złożonym wydaje mi się zawierać dużo słuszności ze względu na ochronę przed próchnicą i posłużyło mi za wzór do przytoczonych poniżej projektów. Abstrahując od słuszności czy brzeg pierścienia przydziąsłowy winien przebiegać powyżej, na poziomie, czy poddziąsłowo, zachowując całą skalę różnorodnych rozwiązań przydziąsłowych proponuję *stronę doprzęsłową filaru* pokrywać zawsze *pod dziąsło*. Przy utrudnionych warunkach oczyszczania zapewni to ochronę stronie doprzęsłowej w momencie bieżącym, jak również rezerwę w wypadku obniżenia poziomu dziąsła po upływie pewnego odstępu czasu. Wskazania dla poszczególnych umocowań i typów byłyby następujące.

1. Korona pierścieniowa poddziąsłowa: podchodzenie pod dziąsło na głębokość 0,5 — 1 mm. Od strony do-przęsłowej głębokość podchodzenia 1,5 mm. Kontrola okiem i sondą Gottlieba.

2. Ząb ćwiekowy systemu R i c h m o n d a: — podobnie.

3. Ząb ćwiekowy lany systemu Schrödera: głębsze objęcie korzenia od strony do-przęsłowej.

4. Półkorona R a n k a i C a r m i c h a e l a: zachodzenie poddziąsłowe pierścienia jak 1.

5. Korona dodziąsłowa O r t o n a: zasadniczy przebieg dodziąsłowy zachowany, od strony do-przęsłowej podchodzenie na 1,5 mm. Kontrola na modelu roboczym, dokładne dopolerowanie brzegu.

6. Trzyćwierciowa korona H ä u p l - L a n g a — rozwiązanie jak 5.

7. Trzyćwierciowa korona B r e k h u s a: stopień dodziąsłowy zagłębiony na stronie do-przęsłowej nieco głębiej na 1—1,5 mm. pod dziąsło. Dostosowanie, kontrola.

8. Naddziąsłowa, schodkowa korona S c h r ö d e r a podobnie jak wkład styczny przeprowadzona na stronie do-przęsłowej pod dziąsło. Dostosowanie, kontrola.

Powyżej przytoczone modyfikacje wymagają nieco większego oszlifowania, są także bardziej żmudne. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę trudności napotykane przy wtórnej próchnicy filarów mostu, komplikacje związane z jej likwidacją, trudności techniczne naprawy uszkodzonych mostów, przyznamy rację, że sprawa ochrony strony doprzęsłowej filarów powinna obudzić duże zainteresowanie i staranie.

PIŚMIENNICTWO.

Prof. dr Ch. B r u h n. Zahnärztliche Prothetik.

Prof. H ä u p l u. R e i c h b o r n - K j e n n e r u d. Moderne Zahnärztliche Kronen u. Brücken-Arbeiten.

Dr F. E n g e l. Z. f. Stom. 1932, Nr. 14. Dreiviertel-Kronen als Brückenanker u. Teilglieder von Fixationsschienen.

Dr C a r l e b a c h. Über Halbkronen und eine Modifikation derselben.

Lek. dent. J. G a l a s i ń s k a - L a n d s b e r g e r o w a. Przegl. Dent. 1934. Nr. 12. Trzyćwierciowa korona w świetle dawnych i nowych poglądów.

Lek. dent. J. G a l a s i ń s k a - L a n d s b e r g e r o w a. Przegl. Dent. 1932. Nr. 4. Zagadnienia nowoczesnej protetyki.

———o———

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie.
(Kierownik: Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Lek. dent. ST. MAKSAJDOWSKA, *Warszawa.*
Adiunkt Kliniki Dentystyki Zachowawczej
Akademii Stomatologicznej.

Leczenie korzeni zębów i ich wypełnianie w świetle ostatnich badań.

Leczenie przewodów korzeniowych i ich wypełnienie stanowi jeden z najważniejszych działów lecznictwa zachowawczego. Różne badania i eksperymenty czynione od początku powstania zębolecznictwa aż do ostatnich czasów nie dają zadawalających rezultatów i sprawa leczenia i wypełniania przewodów nadal jest otwartą. Celem, do którego dążymy, jest, aby ząb, dotknięty próchnicą z miazgą otwartą i zakażoną z widocznymi zmianami w ozębnej, zachować.

Zachowanie jednak takiego zęba musi odpowiadać pewnym warunkom, które są wymagane do jego funkcji biologicznej. Metody, które się przedsiębierze do jego wyleczenia, a o których poniżej będzie mowa, były i są różne do osiągnięcia tego samego celu.

Odrzuciwszy sprawę zęba dotkniętego tylko próchnicą bez zmian klinicznych w miazdze i ozębnej, przejdę odrazu do tych wypadków, gdzie na skutek czy to nieumyślnego otwarcia komory, czy też przez celowe odkrycie miazgi, ta ostatnia zostaje odsłonięta. I tu dawniej stosowane powiedzenie R e b e l'a, że „zraniona miazga jest straconym narządem"—odpada. Zanim jednak przejdę do uzasadnienia tego poglądu, muszę wspomnieć w związku z powyższym, że ostatnio zaczęto odrzucać arsen, ten niby to pewny dosyć środek, który miazgę żywą, skazaną na usunięcie, dewitalizował. W referatach wygłoszonych na IX Międzynarodowym Zjeździe Stomatologicznym w Wiedniu, można było zauważyć, że w sprawie stosowania arsenu, zdania są podzielone.

Jedni twierdzą, że wszelkie zabiegi połączone z usuwaniem miazgi należy wykonywać w znieczuleniu, drudzy wypowiadali się za użyciem arsenu, czy preparatów arsenowych, jak np. Nervarsenu (koloidalny tlenek arsenu).

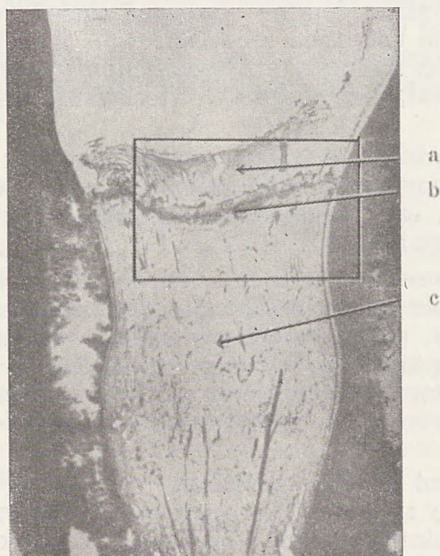
Za stosowaniem znieczulenia wypowiedział się C o o l i d g e, jako przedstawiciel szkoły w Chicago. Jego zdaniem arsen, będąc jadem protoplazmy, posiada silne własności dewitalizujące, a działanie jego przenosi się nie tylko na miejsce stosowane, ale przez miazgę może łatwo nastąpić rozpadnięcie żywych elementów tkanki okołozębnej przyszczytowej, co spowoduje zmniejszenie jej zdolności restytucyjnych.

Badania nad arsenem wykazały, że posiada on własności bakteriobójcze i przy stosowaniu preparatów arsenowych zyskuje się jałowość miazgi zainfekowanej, a co zatem idzie i kanałów. (H a r t m a n, H o c h, M ü l l e r). Z drugiej strony brak możliwości dozowania arsenu sprzyja ewentualnej dewitalizacji tkanki okołozębnej. Dlatego zalecany przez M ü l l e r a Nervarsen w tabletkach, zawierający po 0,00079 koloidalnego arsenu daje przy dewitalizacji miazgi dobre wyniki, bez szkodliwego działania na ozębną. Z tego widzimy, że zdania w Europie też są podzielone; tacy autorzy, jak: G o t t l i e b, S c h r ö d e r, F i s c h e r, F e l d m a n, S t e i n—przyłączają się do poglądów amerykańskich, przekładając metodę znieczulenia nad używanie arsenu. O użyciu tej, czy innej metody zniesienia bolesności miazgi, decydujemy wtedy, gdy już sposób leczenia jest wybrany. Mam tu na myśli stosowanie amputacji i extirpacji miazgi, przy danych ku temu wskazaniach. Zdania w tej sprawie są również podzielone. Jedni, jak amerykańscy autorzy są zdania, że całą miazgę należy usunąć, drudzy w Europie używają obydwu sposobów leczenia.

Zależnie od tego, czy robimy amputację, pozostawiając żywą miazgę w korzeniach t. zw. „Vitalamputation", czy też miazgę ko-

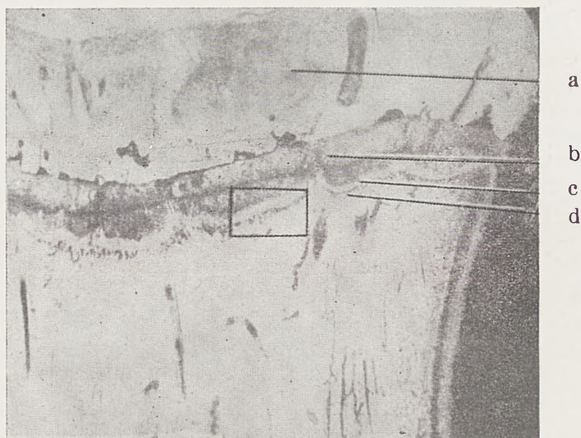
rzeniową zdewitalizowaną „Mortalamputation“, stosujemy znieczulenie lub arsen.

Ostatnie badania idą w tym kierunku, aby o ile doszło do otwarcia miazgi, starać się ją utrzymać przy życiu. Przez to więc przy „Vitalamputation“ odrzucany jest arsen, a zabiegi dążące do otwarcia komory i usunięcia jej części komorowej robione są w znieczuleniu. Badania eksperymentalne prowadzone przez F l o h r a wykazywały, że Vitalamputation, ma duże możliwości, chociaż badania prowadzone są stosunkowo niedawno. Opierając się na ogólnych zasadach chirurgicznych (aseptyka), przystępował F l o h r do amputacji w ten sposób, że w znieczuleniu otwierał komorę po uprzednim usunięciu próchnicy. Jeżeli Vitalamputation była wykonywaną z powodu stanu zapalnego miazgi, to autor czekał, aby miazga wykrwawiła, potem po osuszeniu kładł albo Calxyl—preparat wapniowy, albo Vitapulp—preparat składający się z soli wapnia i opiłek zębiny, otrzymanych z danego zęba. Preparaty wapniowe stosował F l o h r w tym celu, aby w stanach zapalnych miazgi, w których jest zwiększona reakcja kwaśna, zmniejszyć ten stan kwasowości przez dodanie zasad. W ten sposób, likwidował on do pewnego stopnia zapalenie. Przez dodanie opiłek zębiny F l o h r chciał pobudzić miazgę do biologicznego wytworzenia nowych odontoblastów. Na preparatach histologicznych widoczny jest przy ujściach kanału wał no-



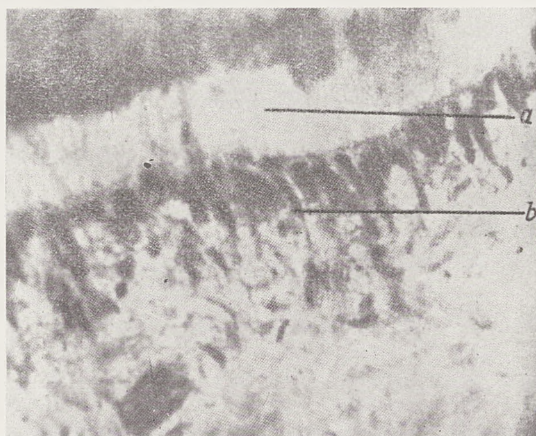
Rys. 1. a—warstwa nekrotyczna, b—warstwa nowowytworzonej zębiny, c—miazga korzeniowa.

wowytworzonej zębiny, w miejscu dawnej rany miazgi. W korzeniach widoczna miazga niezmieniona z zachowaną jej budową. (Rys. 1, 2 i 3)



Rys. 2. a—warstwa nekrotyczna, b—nowowytworzona zębina, c—warstwa prezębiny, d—młode odontoblasty.

Czas wytwarzania się tej biologicznej zapory w korzeniach trwał od 2—3 miesięcy, przy czym badania te były robione u osobników młodych.



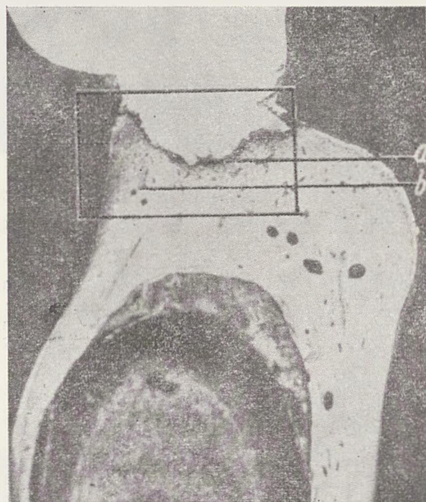
Rys. 3. a—prezębina, b—młode nowowytworzone odontoblasty.

Oczywiście zabiegi wykonywane były w warunkach ściśle aseptycznych, pod ślinochronem, bez użycia jakichkolwiek antyseptyków. Przy stanach zapalnych miazgi, F l o h r stosował również

Vitalamputation. Po extrakcji takiego zęba, na preparatach histologicznych, stwierdzić można było miazgę z nacieczeniem komórek okrągłych i naczyniami silnie wypełnionymi, przy czym podczas całego tego okresu u pacjenta nie stwierdził żadnych klinicznych objawów zapalenia miazgi. Wewnątrz tej miazgi na preparatach histologicznych nowowytworzona zębina. (Rys. 4. 5. 6).

Korzyści, jakie osiągamy przy metodzie Vitalamputation, nie są bez znaczenia, gdyż dzięki niej uzyskujemy nie sztuczne zamknięcie żywej miazgi pozostałej w korzeniach, ale zamknięcie biologiczne, tworzące ciągłość ze zmienioną miazgą, które daje gwarancję zachowania jej żywotności.

Inaczej na tę sprawę zapatruje się M ü l l e r. Według niego



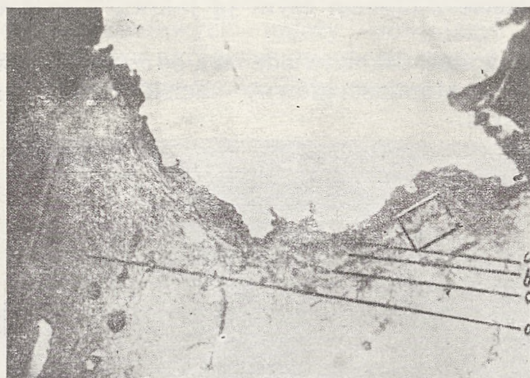
Rys. 4. a—warstwa nowowytworzonej zębiny, b—reszta zapalnego stanu miazgi.

Vitalamputation można robić, ale w tych zębach, gdzie próchnica nie sięga miazgi. W innych przypadkach należy stosować Mortalamputation, po uprzedniej dewitalizacji miazgi. Miazgę w korzeniach zostawia martwą, zmumifikowaną, histologicznie zmienioną, ale ściśle do ścianek kanału przylegającą. (Rys. 7. 8).

Amputowaną miazgę przykrywał autor Triopastą G y s i e g o i uzyskiwał nagół dobre rezultaty. Ewentualne niepowodzenia przypisuje fałszywym wskazaniom, błędom technicznym przy zabiegach, predyspozycji pacjenta. Co do wskazań, to Mortalamputation stosuje tylko przy odsłoniętej, niezainfekowanej miazdze, albo najwyżej przy pulpitis partialis.

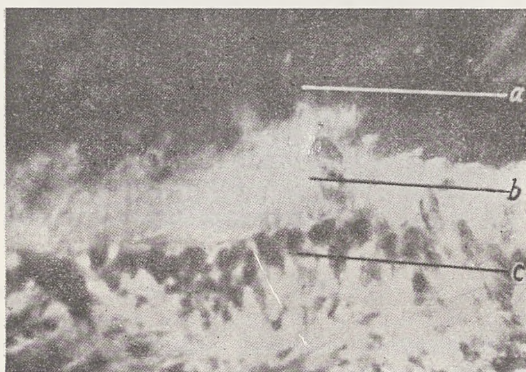
Również dość ostrożnie o tym wypowiada się R ę b e l. Nie występuje przeciw Vitalamputation, ale przekłada nad nią ampu-

tację z miazgą dewitalizowaną arsenem, względnie rudą arsenową, której działanie uważa za lepsze o tyle, że dewitalizuje ona miazgę łagodniej, a ewentualnie przedłużenie czasu działania wkładki nie pociąga za sobą groźnych następstw dla ozębnej. Jak przy metodzie Vi-



Rys. 5. a—warstwa nowowytrzonej zębiny, b—prezębina, c— młode odontoblasty, d—zmiany zapalne w miazdze.

talamputation, wszelkie antyseptyki są odrzucone, tak przy Mortalamputation stosuje autor środki dezynfekcyjne. Jako przykrycie na miazgę amputowaną poleca również Triopastę Gysiego.



Rys. 6. a—nowowytworzona warstwa zębiny, b—prezębina, c—młode odontoblasty.

Amputację miazgi odrzuca szkoła wiedeńska, stosując ją jedynie w tym przypadku, gdy otwory szczytowe u młodych osobników nie są uformowane. Przy wskazaniach do usunięcia miazgi, (G o t t l i e b, S t e i n) używają znieczulenia, zarzucając arsen ze względu

na jego szkodliwe działanie na ozębną. Uważając, że przede wszystkim należy się liczyć z tkanką okołozębną, Gottlieb, Stein odrzucają wszelkie medykamenty, stosując wodę utlenioną 3%, a do przemywania przewodów, wodę, w którą wrzuconych jest kilka kryształków thymolu. Thymol zasadniczo w wodzie się nie rozpuszcza, ale przez zetknięcie z płynem czyni ją jałową i do pewnego stopnia bakteriobójczą.

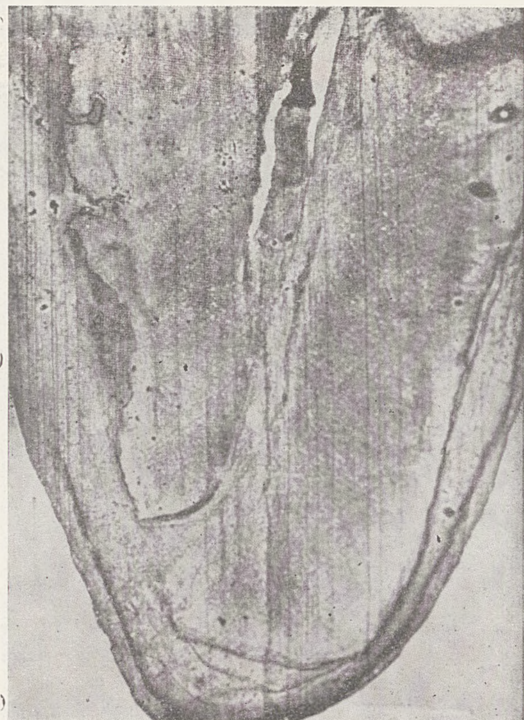
Jak z tego widać, szkoła wiedeńska odrzuca stosowanie środków antyseptycznych, natomiast główny nacisk kładzie na ścisłe przestrzeganie aseptyki.



Rys. 7-my.

Demonstracje na Zjeździe Wiedeńskim prowadzone przez Gottlieba i Steina wskazywały wyraźnie na to, że należy pracować pod ślinochronem, używać jałowych instrumentów i piłeczek do rozszerzenia i udrożnienia korzeni, dla osiągnięcia głównego celu, jakim jest rozszerzenie kanałów korzeni i dojście do ozębnej, nie drażniąc jej mechanicznie, ani chemicznie. Przy stanach zapalnych miazgi, autorzy ci nie polecają używać środków dezynfekcyjnych ze względu na ozębną i na rozgałęzienia boczne kanalików, głównie w okolicy otworu szczytowego, w których znajdują się odgałęzienia boczne miazgi. Te ostatnie, pozostając żywymi, zamkniętymi od wewnątrz przez wypełnienie, nie drażnią ozębnej, przeciwnie, będąc

tkanką o charakterze łącznej, zbliżone do ozębnej (Euler 1930, Coolidge 1931), są skłonne do tworzenia cementu, ewentualnie zwapnienia i przez to otrzymuje się najlepsze zamknięcie otworu szczytowego. Dostać się do kanalików jest niemożliwością, jak również je wypełnić, wobec czego należy dążyć, aby te boczne rozgałęzienia miazgi zostały żywymi. To też zabieg wyłuszczenia i potem wyleczenia kanałów korzeniowych należy zmniejszyć do minimum. Stein przeprowadza zabieg usunięcia miazgi i wypełnienia korzeni w ciągu jednego posiedzenia. Przeprowadza to w ten sposób, że



Rys. 8-my.

po usunięciu miazgi z komory i kanałów po uprzednim znieczuleniu, rozszerza i udrażnia kanał ręcznie przy pomocy piłeczek Kerra, stosując do przemywania 3% wodę utlenioną i wodę thymolowaną. Zabieg ten trwa od 1 do 2 godzin, przy czym podczas zabiegu kilkakrotnie zostaje wymierzona długość kanału przy pomocy igły i skalomierza i sprawdzona z obrazem rentgenowskim. Po osiągnięciu otworu szczytowego, Stein uważa, że kanał jest gotowy do wypełnienia, dla którego są stawiane ogólnie przyjęte warunki. Wypełnienie musi być trwałe, szczelne, jałowe i nie drażniące ozębnej. Szkoła wiedeń-

ska używa jako wypełnienia proszku zębiny z cementem. Proszek zębiny przygotować można samemu, zachowując zęby retenowane, wydłutowane, bądź zęby extrahowane nie dotknięte próchnicą. Z tych zębów kamieniem karborundowym zdejmuje się szkliwo, otwiera komorę i usuwa miazgę z komory i korzeni. Ząb, pozbawiony elementów tkanki miazgowej, wkłada się do 10% formaliny na 1 tydzień. Po tygodniu zębina zęba jest jałowa i nadaje się do użytku. Trzeba więc, pracując już zupełnie w warunkach aseptycznych, przystąpić do jej sproszkowania, przez świdrowanie jałowymi świdrami i wsypuje się ją do flaszki również sterylizowanej. Tak otrzymany materiał do wy-

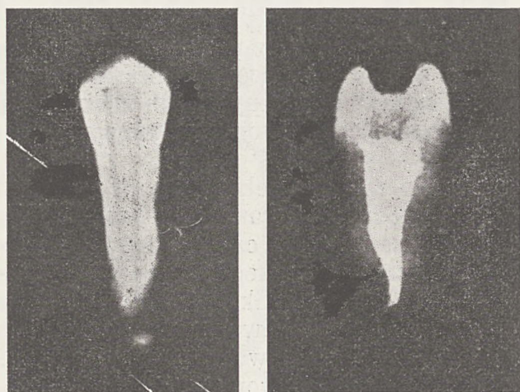


Rys. 9-y. a—wypełnienie z kości słoniowej.

pełnienia, więc zębinę, Stein miesza z cementem i wypełnia kanały, upychając wiertłem Lentulo, a dla lepszego uszczelnienia stosuje ćwieki gutaperkowe, które jeszcze lepiej masy dość płynnego cementu ucisną na ścianki kanału. Jako podstawowy składnik wypełnienia, sproszkowana zębina zmieszana z cementem, stykając się z ozębną, nie może jej drażnić, przeciwnie, winna pobudzać tkankę okołozębną do obliteracji otworu szczytowego. Główną więc zasadą

szkoły wiedeńskiej jest dojście do ozębnej bez żadnego dla niej urazu mechanicznego przy używaniu pilniczków K e r r a dla rozszerzenia i udrożnienia kanału. Wypełnienie S t e i n a nie przechodzi poza otwór szczytowy, a tylko dochodzi do niego, stykając się z ozębną. Jeżeli jednak przy plombowaniu kanału wypełnienie nie będzie szczelne, któreby dochodziło do otworu szczytowego, uważa on, że taki ząb należy raczej usunąć, gdyż prędzej czy później, zjawią się zmiany w postaci tkanki ziarninowej około szczytu korzenia, co zawsze należy mieć na uwadze ze względu na ewentualnie mogące potem powstać zakażenia ogniskowe.

Mając na względzie również wyżej przytoczone uwagi, R e b e l jest zdania, że wypełnianie nie winno sięgać otworu szczytowego, a przeciwnie, dochodzić może tylko do miejsca oddalonego od niego o 23 mm. Miejsce to uważa za punkt wyjścia dla rozgałęzień bocznych przyszczytowych miazgi, które ze swej strony pobudzone będą przez wypełnienie do szybszego wytwarzania twardej substancji



Rys. 10 - ty.

i obliteracji wierzchołka. Metoda jego leczenia podobna jest do metody szkoły wiedeńskiej. Przestrzega ściśle aseptyki, rozszerzania mechanicznego przewodów i dojścia do otworu szczytowego, jednak chociaż nie używa formaliny, fenolu, skoncentrowanych zasad i kwasów, poleca użycia medykamentów, jak: carbol-camphenol. Jako wypełnienia przewodowego używa autor albo cementu z domieszką proszków thymolu albo past.

M ü l l e r w swych badaniach eksperymentalnych na psach stosował jako wypełnienie przewodowe proszek kości słoniowej zmieszany do połowy z vioformem. Wyniki tych badań dawały zadowalniające rezultaty wytwarzania twardej substancji i obliteracji otworu szczytowego. Autor przypisuje to—zachowaniu żywych części miazgi w rozgałęzieniach Fischera. Metoda leczenia M ü l l e r a przy wyłuszczeniu miazgi zainfekowanej, żywej jeszcze, polegała na użyciu

Nervarsenu. Przez użycie tegoż osiągał jałowość kanału i okolicy przyszczytowej. W czasie leczenia autor odrzuca wszelkie antyseptyki, które mogłyby działać szkodliwie na ozębną. Stosuje tylko 3% wodę utlenioną i rozszerzanie mechaniczne pilniczkami, odrzucając nawet użycie antiforminy. Rozszerzanie mechaniczne i udrażnianie należy czynić z całą ostrożnością, aby pilniczkiem nie przejść poza otwór szczytowy i nie poranić ozębnej. Mając to na uwadze, M ü l l e r przy wypełnianiu kanału mierzy jego długość, aby wypełnienie nie przeszło poza otwór szczytowy. Jak już wspomniałam, za wypełnienie służy mu proszek, specjalnie spreparowany z kości słoniowej i vioformu. Płyn jest rozczynem żywicy w 70% alkoholu. Wypełnienie to w kanale twardnieje do twardości kości, przy czym preparaty histologiczne, robione po 7 miesiącach, nie wykazały zmian w tkance okołozębnej. (Rys. 9).

Mimo, że doświadczenia te robione były na psach, to ponieważ reakcja każdej żywej tkanki tak ludzkiej jak i zwierzęcej na infekcję i uraz jest mniej więcej podobną, możnaby przypuszczać, że podobne rezultaty otrzymamy i u ludzi.

Innej metody leczenia korzeni z miazgą zainfekowaną żywą trzymał się C o o l i d g e. W Ameryce zasadniczo wszelkie preparaty, które mogą mieć działanie dewitalizujące lub żrące są odrzucone, lub stosowane z całą ostrożnością, natomiast używają szeroko znieczulenia.

C o o l i d g e do wydenzyfekowania przewodu i zainfekowanej tkanki okołozębnej stosuje chloraminę w 5% rozczynie wody. Wystarczy na to dwa posiedzenia, przy czym należy kanał rozszerzać mechanicznie, a dla pobudzenia żywszego krążenia w tkance okołozębnej, zakładał C o o l i d g e wkładki z roztworem jodyny lub płynu Lugola. Jako wypełnienia używa ćwieków gutaperkowych przylegających ściśle do ścianek kanału i otworu szczytowego. (Rys. 10).

Jeżeli w czasie leczenia, dla skontrolowania jałowości kanału robiony był posiew bakteryjny z wynikiem ujemnym, to mimo klinicznych objawów zapalnych ze strony ozębnej, przystępuje C o o l i d g e do wypełnienia kanału. (Rys. 11. 12).

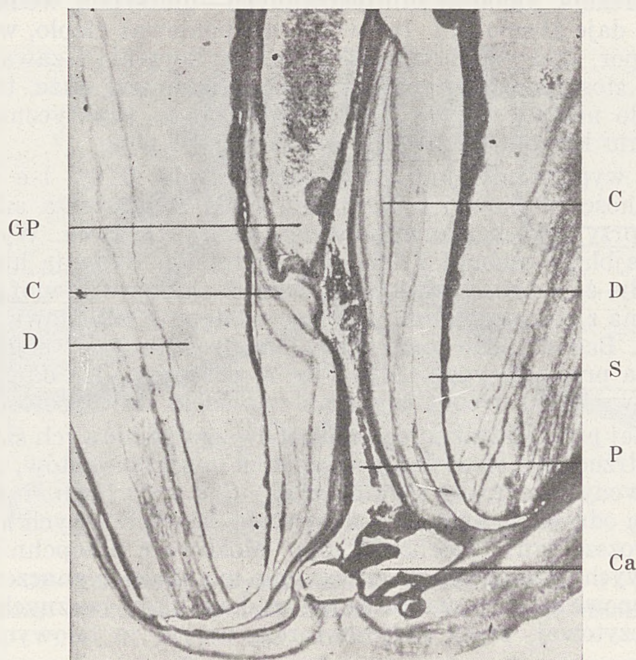
Obrazy rentgenologiczne tych zębów po wielu latach nie dawały żadnych widocznych zmian.

Jeżeli przejść teraz do zębów z miazgą zgorzelinowego rozpadu i zapaleniem ozębnej ostrych czy przewlekłych w postaci zmian ziarninowych poza otworem szczytowym w ozębnej, to metody leczenia i wypełniania kanałów zasadniczo się nie różnią. Wszyscy dążą do tego, aby usunąć infekcję z bocznych rozgałęzień kanałów i okolicy przyszczytowej. Więc stosowanie przede wszystkim piłeczek Kerra do zeskrobywania i rozszerzania zainfekowanej zębiny ze ścianek kanału i dojście (warunek sine qua non) do otworu szczytowego.

Użycie środków antyseptycznych, dezynfekujących jest uwzględnione przez M ü l l e r a, który przed usunięciem mas zainfekowanych z korzenia zakłada wkładki z trójkresol formaliną lub asfaliną. Asfalina, zawierająca trioxymetylen ma silne własności trwa-

le dezynfekujące. Badania robione przez M ü l l e r a w Bazylei, przy stosowaniu różnych prób, celem wyjałowienia ścianek zębinowych kanału i okolicy przyszczytowej, dały rezultaty następujące:

	Zęby extrahow.	*Jałowe.*
Metoda redukcji srebrem	15	12
Diatermia	10	6
Tricresol formalin	11	4
Asfalina	31	24
Rivanol	4	2



Rys. 11-y. GP—wypełnienie gutaperką, D—zębina korzenia, na którym odłożyły się nowe regularne pokłady cementu—C, P.—pozostałe resztki miazgi redukowane przez nowy cement, Ca—okolica wapnienia, S—przestrzeń jeszcze pusta.

Z powyższej tabeli wynika, że asfalina ma stosunkowo największą siłę bakteriobójczą i dlatego też jest polecana przez M ü l l e r a przy dezynfekowaniu zawartości kanałów, kanalików bocznych i okolicy przyszczytowej. Przedezynfekowawszy masy zgorzelinowego korzenia wyżej wspomnianą asfaliną lub rzadziej tricresolem, M ü l l e r przystępuje do ich usuwania i następowego rozszerzenia mechanicznego korzenia i udrożnienia go aż do otworu szczytowego. Po osiągnięciu tego celu zakłada do przewodów wkładki z asfaliną, zmieniając je początkowo co 2—3 dni, a potem raz na miesiąc. Do tak

przygotowanego przewodu, o ile w ozębnej rentgen stwierdził zmiany ziarninowe, czy nawet ziarniniaki, Müller zakłada pastę jodoformową według przepisu Walkhoffa (chlorphenol, campho-mentol i jodoform), którą zmienia kilka razy ze względu na jej resorbcję. Wyniki rentgenologiczne dawały zadowalające rezultaty, zmiany zanikały, co autor przypisuje działaniu jodoformu, lecz ponieważ jest resorbowany, więc i jego działanie dezynfekujące jest krótkie. Dlatego też po założeniu kilkakrotnym pasty, Müller przechodził znowu na wkładki z asfaliną, jako działającą dezynfekująco dłużej, wpływając w ten sposób i na zanik zmian ziarninowych w ozębnej.

Dezynfekcja kanałów zainfekowanych—diatermią, według Müllera nie daje absolutnej jałowości, ale ponieważ ciepło, wytworzone przez opór, jaki stawiają wąskie kanały korzenia i zawartość kanalików w stosunku do przebiegającego prądu, jest duże, to wytworzone ciepło niszczy zalążki (koaguluje je), co praktycznie biorąc, przy leczeniu korzeni, może być uważane jako plus.

Jako wypełnienie, jak już wspomniałam, Müller używa proszku z kości słoniowej i vioformu, a dla zwiększenia siły dezynfekcyjnej przy zębach zgorzelinowych, dodaje thymolu. Wypełnienie sięga jaknajbliżej ozębnej i okolicy ziarniniaka. Badania histologiczne wykazały, że masa, wytworzona z kości słoniowej i vioformu, zostaje zessana z ziarniniakiem, przez co następuje odbudowa zniszczonej tkanki. Badania nad zastosowaniem proszku kości słoniowej do wypełnienia przewodowego Müller przeprowadza od 2 i pół lat z dobrym wynikiem, wobec czego nie zaniechał ich i prowadzi dalej.

Inaczej przeprowadza leczenie zębów zgorzelinowych szkoła wiedeńska. Odrzucając stosowanie wszelkich medykamentów, z wyjątkiem 3% wody utlenionej i Pulpolyttu, Gottlieb i Stein przystępują odrazu do usunięcia zawartości zgorzelinowych z kanałów korzeni i rozszerzania mechanicznego. Możliwość przepchnięcia mas zgorzelinowych poza otwór szczytowy nie ma dla nich znaczenia, gdyż przez następowe sterylizowanie kanałów, kanalików bocznych i okolicy okołoszczytowej, przez jodjontoforezę uczyni je jałowymi.

Całe przeleczenie zęba zgorzelinowego Stein przeprowadza na jednym seansie w ciągu 1—2 godzin, zależnie od tego, czy przewód jest drożny, czy należy go dopiero udrożnić.

Stosowanie działania prądu przez rozczepienie jonów w płynie (zinci jodati 15,0, jodi puri 10,0 i aqua destillata 50,0), uważa Stein za jedyną pewną dezynfekcję bez ujemnego działania na ozębną. Rozczyn jodu jest tu elektrolitem, wprowadzony drut platynowy do zęba jest katodą, podczas gdy pacjent otrzymuje do trzymania anodę. W ten sposób, przez zamknięty obwód przechodzący prąd rozczepia jony jodu i dezynfekuje żądane okolice.

W razie jeżeli pacjent przychodzi z bólem pochodzącym od ostrego zapalenia ozębnej, to Stein ząb otwiera i zakłada słaby jakiś antyseptyk, zostawiając tę wkładkę na przeciąg około 5 dni, to jest na czas, jaki jest potrzebny do wytworzenia tkanki granulacyjnej.

Potem przechodzi do samego właściwego zabiegu i wypełnienia kanału.

Sposób wypełnienia zębów po zgorzelinowych jak i materiał jest taki sam jak przy wypełnianiu zębów z miazgą wyłuszczoną żywą. Składa się z proszku zębiny i cementu z dodaniem kryształków thymolu dla dezynfekcji trwałej, lub jeśli niema znaczenia zabarwienie zęba, S t e i n używa preparatu srebra Syngasept, którego stosunek do tkanki nie jest mu jeszcze dobrze znany.

Wypełnienie musi dojść do samego otworu szczytowego, aby zębina zawarta w nim pobudzała ozębną do obliteracji otworu szczytowego.



Rys. 12. GP—gutaperkowe wypełnienie. D—zębina korzenia. P—pozostałe resztki miazgi zamieniane na nowy cement—C. PM—okolice tkanki ozębnej.

Podobnej metody leczenia zębów zgorzelinowych używa R e b e l, nie odmawiając stosowania preparatów formaliny i asfaliny. Co do stosowania diatermii, elektrosterelizacji, podobnie jak organoterapii i hemoterapii, to R e b e l ze względu na brak jednolitości w wynikach uważa je za doświadczenia, co do których nie można się jeszcze wypowiedzieć, aczkolwiek nie należy ich przerywać. Wypełnienia według niego muszą być mocne, trwałe i stale dezynfekujące.

Coolidge dla wyjałowienia kanałów po zgorzeli używa dichloraminy T i prądu galwanicznego. Do wypełnienia przewodów służą mu ćwieczki gutaperkowe. Gutaperka według C o o l i d g e'a, będąc materiałem obojętnym, nie drażni tkanki okołozębnej, a przeciwnie, sprzyja tworzeniu się substancji twardej w okolicy korzenia zęba.

W o l f przy leczeniu zębów zgorzelinowych ze stanem zapalnym ozębnej zostawia go otwartym. Na drugim seansie przeprowadza

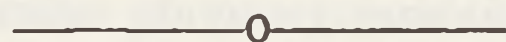
elektro-sterylizację przy pomocy roztworu soli fizjologicznej. Anoda-drut platynowy tkwi w kanale zęba, katodę trzyma pacjent. Jako elektrolit jest sól fizjologiczna wpuszczona do zęba. Będzie to więc elektroliza, odbywająca się w kanałach, kanalikach bocznych i okolicy otworu szczytowego, a więc droga, jaką musi przejść prąd, aby w wyniku dać nam sterylizację kanału. Do wypełnienia Wolf używa cementu, uważając, że ten, jako ciało dość płynne, łatwiej może wniknąć i zamknąć ujścia kanalików bocznych, przez co ewentualnie pozostała tam infekcja, jest jakby zamurowana. Wypełnienie musi sięgać aż do samego otworu szczytowego, przy czym należy raczej przeplombować niż niedoplombować. Ząb, którego przewód nie jest doplombowany według Wolfa (podobnie zresztą jak i Steina), należy raczej usunąć, gdyż części kanału niedoplombowane mogą być bardzo często źródłem infekcji dla tkanki okołozębnej.

Podobnego zdania co do wypełnień przewodowych jest Kovarsky. Wypowiada się jednak autor za stosowaniem medykamentów, a jako wypełnienia używa pasty plastycznej z tlenku cynku z dodaniem antyseptyków. Pasta ta po pewnym czasie twardnieje i stanowi szczelne wypełnienie przewodu. Kanał uprzednio wydezynfekowany drożny i rozszerzony mechanicznie autor zwilża tricresol formaliną, eugenolem, camphophenolem lub nawet płynną waseliną, a to w tym celu, aby stworzyć lepsze warunki dla adhezji. Podobnie jak szkoła wiedeńska, wypowiada się Kovarsky za tym, że ząb z niedoplombowanymi przewodami może być źródłem infekcji dla tkanki ozębnej.

Badania przeprowadzone ostatnio przez Prof. Méla i Dr. Valfré w Turynie, dowiodły, że przy leczeniu zmian w okolicy tkanki okołozębnej środkami antyseptycznymi, te ostatnie nie dawały zadawalających rezultatów. Eksperymenty prowadzone były na psach. Przez wprowadzenie do kanałów korzeni sączków zainfekowanych streptococcami, wywołano sztucznie ogniska ziarninowe przywierzchołkowe, które następnie leczono antyseptykami. Przy tych badaniach stosowano kolloidalny roztwór chlorcamphenolowy z dodatkiem thymolu lub mentolu, bądź używano jotjonu. Po przedezynfekowaniu kanału wypełniano go, zależnie od środków, którymi przedtem był leczony, albo kolloidalnym srebrem jodowym, albo pastą antyseptyczną jodoformową (Walkhoffa). Kanały leczone i dezynfekowane jotjonem wypełniano gutaperką i chloraperką. Badania rentgenologiczne i kontrolne wykazywały zmniejszenie ognisk zapalnych, lub nawet ich zanik, co uważane było jako objaw dodatni. Tymczasem, badania histologiczne czynione ze skrawków okolicy przywierzchołkowej tego ogniska ziarninowego, wykazywały zmiany zapalne w tkance ozębnej. Również badania bakteriologiczne nie wykazały jałowości tkanki w okolicy przywierzchołkowej.

Jak widać z tego krótkiego przeglądu o leczeniu kanałów korzeni i ich wypełnianiu, zdania nie są jednolite. Świadczy to o tym, że sprawa leczenia zębów z miazgą żywą, zainfekowaną czy w stanie zgorzelinowego rozpadu, jest nadal żywotną i nierozwiązaną. Badania

i eksperymenty nie pokrywają się. Starania, aby nie uszkodzić tak ważnego narządu, jakim jest dla zęba tkanka okołozębna, idą w różnych kierunkach. W każdym razie, czy wyleczenie zęba będzie rozwiązane drogą amputacji, czy ekstirpacji, należy zawsze dążyć do tego, aby stworzyć jaknajbardziej dogodne warunki dla biologicznej funkcji tkanki okołozębnej. Ważnym to jest dla uniknięcia ewentualnie mogącego potym powstać, zakażenia ogniskowego.



Lek. dent. I. DAWIDSOHN, *Złoczów.*

Przypadek gingivitis saturnina.

Przypadki gingivitis saturnina są bardzo rzadkie i należą do schorzeń zawodowych wywołanych przez zatrucie ołowiem. Z początku pacjent zwykle nie czuje żadnych dolegliwości, które tem silniej występują przy zmniejszonej odporności organizmu.

Pacjent, którego schorzenie opisuję, jest kierownikiem fabryki sody, lat około 40-tu.

Stan uzębienia w szczęce górnej: zęby trzonowe w stanie dobrym, w niektórych wypełnienia amalgamatowe względnie krzemowe w stanie dobrym, brak czterech siekaczy 2+, 1+, +1, +2 i przedtrzonowca lewego górnego +4. Na kłach 3+, +3 są korony złote, do których jest dołączone przęsło z czterech siekaczy i jednego przedtrzonowca.

W szczęce dolnej: brak prawych zębów trzonowych, na lewym przedtrzonowcu —5 korona złota oraz brak pierwszego lewego zęba trzonowego —6. Reszta zębów w stanie dobrym. Zgryz głęboki.

W październiku 1936 r. pacjent zachorował na grypę. Po kilkudniowej chorobie pacjent zauważył sine zabarwienie dziąseł, w niektórych miejscach bolesne, przy tym poczuł niemiły smak w ustach. Lekarz, który go leczył na grypę, zapytany o radę, polecił mu płukanie wodą utlenioną i zapisał mu pędzlowanie w postaci nalewek ściągających (tinct. Rathaniae, Myrrhae, Gallarum), jednakże bez najmniejszego skutku, odwrotnie z każdym dniem sprawa się pogarszała.

Wezwany do danego pacjenta stwierdziłem stan uzębienia jak wyżej podałem. Na szerokości 3—4 mm. po stronie wargowej i policzkowej *dziąsła w okolicy przyszyjkowej, jakoteż błona śluzowa po stronie podniebiennej zębów górnych i językowej zębów dolnych były sino zabarwione, zęby rozchwiane* pokryte osadem i kamieniem nazębnym, głębokie *kieszonki dziąsłowe z wysiękiem,* w niektórych miejscach przy dotyku bolesne, i bardzo *silny foetor ex ore.* Pacjent uskarża się też na samoistne bóle, jakoteż ból przy gryzieniu.

Wnioskując z opowiadania pacjenta, który fachowo ma do czynienia z minerałami, które są zwykle zanieczyszczone ołowiem, stwier-

dziłem *stan zapalny dziąseł i błony śluzowej wskutek zatrucia ołowiem*, który dopiero wyraźnie się zaznaczył *jako powikłanie pogrypowe.*

Przystępując do leczenia, zabroniłem pacjentowi przez kilka tygodni pracować, a nawet wystrzegać się poruszenia rękoma minerałów używanych przy pracy i zacząłem stosować leki używane przy przyszyjkowych stanach zapalnych dziąseł.

Usunąłem całkowicie osad i kamień nazębny, zęby oczyściłem dokładnie szczoteczką i pumeksem (z wodą utlenioną i jodyną). Pacjentowi poleciłem dokładne czyszczenie zębów trzy razy dziennie i masaże dziąseł, po oczyszczeniu zębów pędzlowanie dziąseł według G r e v e'g o:

Rp.	Tinc. jodat.	1,0
	Jodi	3,0
	Kal. jodat.	1,0
	Glycerini	15,0

Oprócz tego stałe płukanie jamy ustnej płynem zawierającym formalinę, która (według G o t t l i e b a) powoduje stwardnienie błony śluzowej i znosi nadwrażliwość szyjek zębowych. (*Rp.* według S c h w a r z a):

Rp.	Formalini (40%)	10,0
	Spir. Menthae	1,0
	Spir. Vini	100,0

M. D. S. 10 kropel na szklankę wody do płukania.

Powstałe głębokie kieszonki dziąsłowe zniosłem zapomocą *kwasu trójchloroctowego*, którym *o s t r o ż n i e* wystające brzegi kieszonek co drugi dzień pędzlowałem aż do uzyskania stanu pierwotnego.

Po trzech tygodniowej kuracji stan dziąseł wrócił do normy. Zabarwienie znikło. Zęby przestały się chwiać zupełnie a pacjent nie odczuwał żadnych dolegliwości.

Pacjentowi zwróciłem uwagę, by nadal używał do pracy rękawiczek, zęby czyścił trzy razy dziennie i płukał wyżej podanym płynem.

W marcu b. r., t. j. w pół roku po opisanym wypadku, pacjent zgłosił się do mnie dla zbadania jamy ustnej, przyczym nie zauważyłem żadnych zmian chorobowych dziąseł ani błony śluzowej.

Lek. dent. JULIUSZ KONSTANTIN. *Warszawa.*
St. ayst. Katedry Dent. Zach.

30 lat na posterunku pracy dla zawodu.

1906 — XXX — 1936.

Gdy cofniemy się nieco w przeszłość naszą, łatwo przekonać się możemy, iż polskie piśmiennictwo zawodowe dawniej liczyło niewiele organów. W b. Zaborze Rosyjskim na przeszkodzie stała zbytnia podejrzliwość władz, które każdy nowy organ uważały za placówkę polityczną, mającą „ukryte" cele. To też uzyskanie koncesji na pismo było zawsze połączone z niezwykłymi trudnościami.

Piśmiennictwo lekarskie we wszystkich b. zaborach różne przechodziło koleje. Najwięcej, wprawdzie, pism lekarskich liczył b. Zabór Rosyjski. Tu wydawanie pisma wymagało wiele ofiarności polskiego świata lekarskiego, który, nie mówiąc o moralnej stronie, o bezinteresownej pracy naukowej i społeczno-zawodowej, zmuszony był poświęcić wiele środków materialnych na utrzymanie tego lub innego organu.

Polski świat lekarski może być więc dumny z tego, iż w ciężkich warunkach moralnych i materialnych zdołał godnie utrzymać swoje placówki naukowe na wysokim poziomie rozwoju, a z tym zjawiskiem liczyli się nawet nasi wrogowie.

Zawód dentystyczny, który w b. trzech zaborach nosił różnorodne cechy, szczególnie w b. Zab. Rosyjskim uwydatnił się swoją pstrokacizną. Aczkolwiek była tu spora garstka poważniejszych dentystów (nawet kilku ze stopniem lekarskim), jednak dziedzina ta lekarska nie miała swej placówki naukowej w ciągu długiego czasu. W pismach lekarskich wprawdzie ukazywały się prace naukowe, były to jednak przypadki sporadyczne.

Dentystyka polska, rzecz prosta, poważnie odczuwała brak placówki naukowej, jak również dla celów omówienia ważnych spraw zawodowych i społecznych. A tych spraw gromadziło się pod „czujnym" okiem biurokratów carskich aż nadto wiele (partactwo dentystyczne, nieuczciwe reklamiarstwo, wadliwość nauczania i t. d.).

Brak ten poważnie odczuwał ś. p. B o l e s ł a w D z i e r ż a w s k i i w r. 1898 powziął i urzeczywistnił myśl wydawania pierwszego polskiego organu dentystycznego p. t. „Przegląd Dentystyczny".

Jako poważny pracownik na polu dentystyki, który uprzednio ugruntował swoją wiedzę w dziedzinie chirurgii, chorób wewnętrznych i anatomii patologicznej, dr. D z i e r ż a w s k i doskonale znał braki i panujące w zawodzie stosunki, energicznie więc przystąpił do trwałego ugruntowania nowej placówki—„Przeglądu Dentystycznego" Było to zadanie niełatwe do zrealizowania. Z pośród podówczas prak-

tykujących w Polsce dentystów dobrał On sobie do współpracy poważniejsze jednostki, które chętnie podjęły się tej trudnej na owe czasy wspólnej pracy. A uczynił to nie kierowany bynajmniej stronniczością, ani uprzedzeniami do kogokolwiek bądź; miał na względzie jedynie dobro dentystyki polskiej, którą należało wyprowadzić na nowe tory.

Z chwilą uruchomienia nowego pisma ilość prac naukowych znacznie się spotęgowała; liczne kwestie, obchodzące dentystów polskich, jako zbyt specjalne, które z natury rzeczy w pismach lekarskich poruszane być nie mogły, znalazły tu miejsce; zachęciło to również wielu specjalistów do pracy i zabrania głosu.

Zamieszczane prace utrzymane były na odpowiednim poziomie nauki lekarskiej i specjalności dentystycznej; niemniej odpowiednio były ujęte prace z dziedziny medycyny ogólnej i nauk przyrodniczych w zastosowaniu do dentystyki.

Otwierając dyskusję nad różnymi zagadnieniami zawodowymi na łamach nowopowstałego pisma, twórca tegoż, dr Dzierżawski, połączył poniekąd wszystkich praktyków dentystycznych bez różnicy stopnia naukowego w jedno towarzystwo, dążąc tą drogą do wzajemnego pouczania się.

To połączenie praktyków dentystycznych na jednej placówce naukowej wyłącznie dla dobra dentystyki polskiej, która zwłaszcza w ówczesnych warunkach politycznych wymagała wielkiego poświęcenia i ścisłej jedności, niektórym niczym niezasłużonym osobom nie podobało się; stroniły one od tego szlachetnego patrioty, aby swoje wybryki następnie bardziej rozwijać pod różnymi pozorami.

Jak dobrze pamięta najbliższe otoczenie ś. p. Dzierżawskiego wybryki te, które spowodowały pewne zgrzyty, były przez Niego odpowiednio traktowane, jak między innymi o tym świadczyć mogą niektóre notatki w „Przeglądzie Dentystycznym" z owego okresu. Uwagi te tym bardziej dla nas obecnie mają swój urok, kiedy żyjemy jeszcze wspomnieniami szlachetnych czynów całą duszą oddanego swemu powołaniu Polaka, nie szukającego bynajmniej ani rozgłosu, ani popularności, nigdzie i przed nikim niewywyższającego się, człowieka nielubującego się w swoich czynach, nikomu nigdy nienarzucającego się swoją wielką wiedzą, człowieka nad wyraz skromnego, ceniącego każdego pracownika w imię dobra zawodu, zawsze szanującego ludzi szczerych.

„Przegląd Dentystyczny" w ciągu lat kilku pomyślnie się rozwijał, podając szereg prac poważnych autorów, kolegów starszych i młodszych. Znając doskonale szlachetne intencje redaktora, Jego życzliwość dla kolegów, młoda generacja praktyków darzyła Go zaufaniem, chętnie podejmując się pracy w tej lub innej postaci.

Poruszając tematy czysto naukowe, redaktor Dzierżawski kładł również nacisk na różne sprawy zawodowe. Akcję te podejmował już w pierwszym zeszycie pisma. Gdy np. po skromnej notatce, napisanej przez kol. Krakowskiego, który stawiał wówczas pierwsze kroki w zawodzie, a dotyczącej sprawy studiów dentystycznych, nastą-

piła urzędowa replika, był z tego bardzo zadowolony, bowiem, jak rzekł: „czynniki miarodajne interesują się naszym pismem". Zachęcał więc do dalszej pracy w tym kierunku i kontynuowania rozpoczętej akcji.

Skromny organ tętnił życiem, poruszając ważne zagadnienia, popierając stale akcję w tym kierunku szczególnie młodych kolegów.

Niestety, wskutek ciężkiej choroby i następnie śmierci redaktora Dzierżawskiego, pismo z końcem r. 1905 przestało wychodzić.

Czasy wówczas podczas pełnego biegu rewolucji w Państwie Rosyjskim wogóle i w b. Królestwie w szczególności były ciężkie. Okres ten wielkiego ruchu politycznego tłumił wszelką pracę naukową. Wśród najbliższych b. współpracowników zmarłego redaktora Dzierżawskiego zapanowała pewna apatia; ogół dentystów polskich był obojętny na brak swojskiego organu zawodowego. Czas jednak naglił. Z pośród wspomnianych byłych współpracowników wysunął się Kol. Krakowski, obecny wydawca i redaktor „Kroniki", który na życzenie d-ra Dzierżawskiego miał poprzednie pismo dalej prowadzić. Władza miejscowa znalazła jednak w tym chętnym do dalszej pracy inicjatorze pewne „grzeszki" polityczne, koncesja więc „Przeglądu" nie mogła być „przepisana". Należało szukać innej drogi, aby pismo mogło być kontynuowane. Aczkolwiek było sporo zamożnych praktyków, nikt jednak nie chciał się angażować materialnie, nie mówiąc już o moralnym poparciu. A poparcie materialne, zaznaczyć należy, było wówczas konieczne. Na jaki cel — wiadomo („kto nie smarował, ten nie pojechał" — przysłowie rosyjskie). Cały ciężar materialny spadł więc na inicjatora, młodego praktyka, który sprawę energicznie popierał.

W celu uzyskania koncesji zwrócono się do władz centralnych w Petersburgu, gdzie sprawa była nieco ułatwiona. Szło tylko o „skorygowanie" prawomyślności petenta, o opinię jego pod względem „wartości" politycznej. Gdy z Petersburga nadeszło zapytanie w tej sprawie do miejscowej władzy, udało się „złą opinię" Kol. Krakowskiego, (która miała związek z aresztowaniem i osadzeniem na Pawiaku) zaszachrować za pewną sumę (w czem, przyznać należy, dopomógł dzielnicowy policyjny B., Polak). „Przestępstwo" więc polityczne w ten sposób zostało „złagodzone" i dzięki poparciu sprawy w Petersburgu koncesja na nowe pismo dentystyczne p. t. „Kronika Dentystyczna" została udzielona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

Już wkrótce po uzyskaniu koncesji w lipcu 1906 r. ukazał się pierwszy zeszyt nowego miesięcznika dentystycznego. Dzięki więc energicznym staraniom przerwa pomiędzy pismami trwała zaledwie kilka miesięcy.

„Kronika Dentystyczna" w lipcu ub. roku ukończyła więc

30 lat swego istnienia.

W dawnych warunkach odpowiedzialnej i ciężkiej pracy był to okres poważny i bynajmniej nie stanowił próby „wytrzymałości".

Okres ten służby pod wyraźnym sztandarem odpowiedzialnej pracy oświetla ubiegłe zdarzenia, które u nas stawiały sobie za zadanie głębokiego przeniknięcia życia zawodu dentystycznego w różnostronnych jego przejawach.

Wobec niemożności w ciągu wielu lat jawnego zajmowania się najżywotniejszymi sprawami zawodowymi i organizacją obrony prawnej w niesłychanie trudnych warunkach politycznych, nadeszła potrzeba przełamania olbrzymich przeszkód nie tylko nazewnątrz, ale i w samym zawodzie, w jego zaniku zdrowych pojęć, w słabym uzdolnieniu do objęcia całej, wielce skomplikowanej rzeczywistości naszego bytu materialnego. W tych warunkach należało sobie nadal torować drogi wśród chaosu pojęć, wzajemnego niezrozumienia się, wśród zalegających zawód przeżytków myśli i szkodliwych uprzedzeń. Niezależnie od tego należało kontynuować walkę z wyraźnymi i ukrytymi uprzedzeniami, należało w różnych sprawach odegrać rolę czynną, tworząc nowe pojęcia i w czyn je wcielać.

„Kronika Dentystyczna“ miała odegrać niejako rolę pośrednika w życiu praktycznym, uważając za zadanie wytrwać w swej pracy, nie ustawać, pomimo przeszkód, w wysiłkach myśli, aby pogłębiać pojęcia o istocie, warunkach i potrzebach zawodu. Pod tym hasłem i wiarą w coraz większą jego wartość, w coraz większy wpływ w zawodzie, należało zamierzenia realizować. poruszając najdonioślejsze zagadnienia.

Przystąpiwszy do pracy z całą świadomością i przeświadczeniem w ważność przyjętych obowiązków, Redakcja wiedziała, iż były one tak liczne, a potrzeby zawodu tak wielkie, że wiara i ufność w pracę oraz poparcie grona kolegów umożliwią Jej podjęcie trudnego zadania. Za tarczę i zbroję służyły Jej dobra wola i chęć służenia ważnej sprawie.

„Kronika Dentystyczna“, rozpocząwszy w licu r. 1906 swój żywót w warunkach niepomyślnych i o własnych siłach, bynajmniej nie spodziewała się lepszych warunków istnienia od swego poprzednika „Przeglądu Dentystycznego“ d-ra Dzierżawskiego. Skromna liczba prenumeratorów tegoż, wynosząca nie wyżej stu (na wszystkie trzy b. zabory i b. Cesarstwo), nie o wiele się powiększyła. Świadczyło to o dalszej obojętności do drukowanego słowa naszych dentystów.

Aczkolwiek pismo doznało chętnego poparcia poprzednich współpracowników „Przeglądu Dentystycznego“ d-ra Dzierżawskiego, główna praca spoczywała jednak na barkach redaktora Kol. K r a k o w s k i e g o, który musiał również prowadzić administrację i niezależnie od prac naukowych „odrabiać“ specjalne działy (streszczenia, drobne wiadomoci, nowe leki, nekrologi, bibliografię, wiadomości kronikarskie).

Liczba prac oryginalnych, ściśle naukowych i społeczno-zawodowych stale się powiększała.

Prace naukowe dotyczyły wszelkich dziedzin dentystyki zachowawczej, protetycznej, chirurgii, plombowania zębów, złamań szczęk,

środków znieczulających, schorzeń kiłowych jamy ustnej, próchnicy zawodowej, zębów w medycynie sądowej, nowych leków, nowych narzędzi dentystycznych, szkodliwości wód mineralnych na zęby, schorzeń kości szczękowych, nowotworów jamy ustnej, zdejmowania wycisków, przedziurawień podniebienia, obturatorów, regulacji zębów, metalurgii, wyjmowania zębów, dentystyki starożytnej, leczenia miazgi, plomb krzemowych, wyjmowania zębów u ciężarnych, środków hemostatycznych, zębów pod względem antropologicznym, stosowania surowicy w dentystyce, zmian zębów pod wpływem kiły dziedzicznej, ropniaków zatoki szczękowej, ropocieku zębodołowego, odcinania wierzchołka korzeniowego zęba, grzybka promienicy w zębach, połknięcia dostawek zębowych, dentystyki wojskowej, zakażenia ustnego, powstawania kamieni ślinnych, antivirusa Besredki, chorób nerwowych z przyczyny zębów, rtęciowego zapalenia śluzówki jamy ustnej, torbieli zębowych, błędów zawodowych w dentystyce, statystyki chorych zębów, tajemnicy lekarskiej w stosunku do dentystyki, umocowania rozchwianych zębów, czynności gruczołów ślinnych, nieprawidłowego wyrzynania się zębów, przedwczesnego ząbkowania, zakażeń ogólnych naskutek chorych zębów, koron nakrywkowych i t. d. i t. d.

W pracach tych naukowych, o ile ówczesne warunki umożliwiały, pismo uwzględniało również potrzeby dentystyki praktycznej, starając się podawać do wiadomości ogółu również nasze swojskie na tym polu zdobycze i skupiając autorów polskich ze wszystkich ziem Polski oraz tych, którzy pracowali w zagranicznych ogniskach naukowych.

W dziale streszczeń położono nacisk na streszczenia poglądowe, rzucające światło na ówczesny stan całości pewnych zagadnień naukowych i praktycznych; ten kierunek rozwijał się coraz pełniej i zyskał coraz chętniejszych współpracowników. W doborze przedmiotów tych sprawozdań oddano pierwszeństwo sprawom, będącym na porządku dziennym. Dział ten starano się stale rozwijać, porządkować go możliwie według działów dentystyki, uwzględniając również prace, podawane w polskich czasopismach lekarskich. Wskutek braku większej liczby prac oryginalnych polskich podawano streszczenia sprawozdawcze w obszerniejszej formie.

Dział kazuistyki poważnie był brany pod uwagę. Przede wszystkim prace tego rodzaju wyrabiały skromnych i bezpretensjonalnych autorów.

Mnóstwo wskazówek praktycznych i opisów nowych leków śmiało mogło współzawodniczyć z pismami zagranicznymi a zarazem wzbudzały zainteresowanie wśród praktyków.

Wiele miejsca poświęcono sprawom zawodowym oraz społecznym z zawodem dentystycznym związanym. Za czasów b. zaborów należało omówić bardzo wiele tego rodzaju spraw, bowiem dentyści polscy, przez długi czas pozbawieni swego organu, nie byli w możności wypowiedzieć się w tej lub innej sprawie zawodowej. Do spraw tych odnieść należy: sprawy studiów dentystycznych, walka z partactwem dentystycznym, z nieetycznym reklamiarstwem, z krzykliwymi szyl-

dami, organizację pomocy dentystycznej w szkołach, szpitalnictwie, wojsku, instytucjach społecznych i dobroczynnych, statystykę chorób zębowych, organizacja pomocy dentystycznej w Kasach Chorych, następnie szereg spraw dotyczących zjazdów, działalności zrzeszeń dentystycznych, wiadomości zagraniczne i t. d. i t. d. Dział ten podawał również informacje o ruchu zawodowym zarówno w różnych b. dzielnicach Polski, nie pomijając żadnego ważniejszego wydarzenia i poruszając wszelkie sprawy, będące na dobie.

W dziale bibliograficznym pismo prowadziło ocenę ważniejszych nowych dzieł z różnych dziedzin dentystyki, ukazujących się w językach obcych.

W listach do redakcji dano możność każdemu koledze wypowiedzieć się w różnych sprawach bez oglądania się na niezadowolonych z wystąpień kolegów.

Każda uwaga w sprawie zawodowej, każdy szczegół, każda wogóle myśl pożyteczna w tej lub innej szacie, były brane pod uwagę.

„Kronika Dentystyczna“ już w samym początku istnienia weszła w kontakt z poważnym światem naukowym. Posiadana w archiwum redakcyjnym korespondencja stwierdza życzliwy stosunek powag dentystycznych do nowego organu.

Polski świat lekarski i dentystyczny, doceniając ukazanie się nowego pisma, już wkrótce po śmierci dra Dzierżawskiego w odrębnych warunkach politycznych, nie szczędził pismu słów uznania i życzliwości. Redakcja przechowuje poważną w tej sprawie korespondencję.

Z inicjatywy i staraniem redakcji „Kroniki Dentystycznej“ powstało w roku 1906 w Warszawie pierwsze zrzeszenie dentystyczne „Towarzystwo Odontologiczne“. „Kronika Dentystyczna“ stale poruszała wszelkie sprawy omawianego zrzeszenia, drukując szczegółowo różne sprawozdania.

W r. 1913 z okazji obchodu czterdziestolecia pracy zawodowej jednego z najstarszych praktyków kol. Idzikowskiego, z inicjatywy redakcji „Kroniki“ utworzony został „Fundusz im. Idzikowskiego“ na rzecz zorganizowania pomocy dentystycznej dla ubogich dzieci m. Warszawy (instytucja ta wskutek czynionych przez władzę rosyjską trudności w ciągu lat kilku nie mogła być zrealizowana). Podczas okupacji niemieckiej przez redakcję „Kroniki Dentystycznej“ powzięta została ponownie inicjatywa utworzenia instytucji społecznej, mającej na celu opiekę nad uzębieniem dzieci niezamożnych w wieku szkolnym. W tym celu utworzył się specjalny Komitet, do którego weszli: Wł. Zieliński, F. Idzikowski, Freidkin, Przedpełski, Arendt i Krakowski, jako sekretarz, któremu polecono opracowanie statutu. Dnia 17 lutego 1917 r. uzyskano zatwierdzenie statutu nowej instytucji p. n. „Organizacja bezpłatnej pomocy dentystycznej dla ubogich dzieci m. Warszawy“. Wyłoniony następnie w myśl statutu Komitet Wykonawczy, uzupełniony przez niektórych kolegów (Draca, Gutowskiego, Idzikowskiego, Mroczkowskiego, Ant. Motza i in.), w ciężkich warunkach, korzystając z ofiarności publicznej, już wkrótce zorganizował I-e Am-

bulatorium dentystyczne dla ubogich dzieci przy ulicy Zgoda 1, którego uroczyste otwarcie przy współudziale przedstawicieli b. Rady Regencyjnej, władz, społeczeństwa i kolegów, odbyło się dnia 27 stycznia 1918 r. Nowa instytucja już w krótkim czasie zdołała zaakcentować swoją nadzwyczajną korzyść; zwracały się do niej różne instytucje miejskie, społeczne, szkoły bez różnicy wyznań i t. d.

„Kronika Dentystyczna", prowadząc swój ciężki żywot w warunkach materialnych, podtrzymywana własnymi finansami wydawcy Kol. Krakowskiego, ukazywała się w ciągu szeregu lat, t. j. do ukończenia wojny wszechświatowej, jako miesięcznik, prowadząc m. in. walkę z uprzedzeniami wszelkiego gatunku biurokratów carskich oraz przedstawicieli zawodu dentystycznego, szczególnie, gdy sprawy dotyczyły wykroczeń prawnych, spraw nieetycznych, oszukańczych reklam, partactwa dentystycznego i t. d. Sprawy tego rodzaju wymagały poświęcenia sporo czasu i pracy, a musiały być stale nieomal omawiane. Walkę tę w warunkach ciężkich pod względem politycznym należało prowadzić otwarcie, bez oglądania się, że komuś to się nie podobało. Tego rodzaju „niezadowolonych" od samego początku istnienia pisma było sporo: liczba tych, rzecz prosta, stale się wzmagała. A nie można było temu się dziwić. Zawód dentystyczny przedstawiał poważną różnorodność pod względem intelektualnym, rozwoju umysłowego, inteligencji i pojęć o etyce jego przedstawicieli. Wiele osób bez powołania sztucznie przedostało się do tej specjalności lekarskiej. Z tego rodzaju elementem walka była bynajmniej niełatwa, tym bardziej, iż rosyjska biurokracja z odważnej walki pisma była niezadowolona.

Początkowy okres wojny wszechświatowej (1914 i 1915 do wejścia Niemców do Warszawy) warunki wydawania pisma pogorszył. Przede wszystkim wprowadzona uprzednia rosyjska cenzura wojenna przeszkadzała w pracy. Tematy nie mogły być dowolnie poruszane. Zeszyt 9-ty (wrzesień) r. 1914 ‚Kroniki" już się ukazał pod „opieką" rosyjskiej cenzury wojennej. Podpis cenzury musiał być podawany w oryginale — w języku urzędowym, a nie w brzmieniu polskim. Po raz ostatni ukazał się pod cenzurą wojenną zeszyt 8 za sierpień r. 1915 (przed ewakuacją Rosjan z Warszawy).

Okres okupacji niemieckiej, naturalnie, bardziej jeszcze pogorszył warunki wydawania pisma. Pomimo względnie słabego poparcia, pismo, jednak wychodziło dalej, rozporządzając małymi środkami. Stosownie do tych nikłych środków, Redakcja była zmuszona objętość pisma znacznie zmniejszyć do rozmiaru jednego arkusza druku, ukazywało się jednak regularnie nadal, jako miesięcznik.

Wojenna cenzura niemiecka wprowadziła szereg ograniczeń; stale wydawane okólniki przez Wydział Prasowy t. zw. Jenerał-gubernatorstwa Warszawskiego (Pressabteilung d. Verwaltungschefe beim Gen. Gouv. Warschau) wskazał, jakie wiadomości mogą być podawane, żądając dostarczania po 50 zeszytów obowiązkowych każdego nakładu. Każdy zeszyt musiał być zaopatrzony w odpowiedni podpis.

Pierwszy zeszyt — 9 września 1916 r. ukazał się ze skromną notatką „za pozwoleniem cenzury niemieckiej“. Gdy ostatni termin następnie został rozmyślnie opuszczony, powstało małe „nieporozumienie“, które jednak jeden z cenzorów — Polak załagodził. Po raz ostatni cenzura niemiecka podpisała zeszyt 8 — 9 r. 1918 (razem dwa „chude“ zeszyty, raczej jeden, bowiem było już zupełnie krucho z finansami).

Pism zagranicznych wówczas nie wolno było sprowadzać pod wielką odpowiedzialnością karną. Najwięcej drażniły cenzorów wolne przestrzenie pomiędzy poszczególnymi działami, bowiem, ich zdaniem, wyglądało to jakby redakcja rozmyślnie pozostawiała puste miejsca po wyrzuconym przez cenzurę tekście, czego czynić nie wolno było.

Z pism dentystycznych otrzymywała Redakcja „Kroniki Dentystycznej“ w czasie okupacji „Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift“, które to pismo, jako wojenne“, niewiele zawierało materiału naukowego. Należało więc korzystać wyłącznie z materiału swojskiego i to z wielką ostrożnością. To też „wojenne“ zeszyty „Kroniki Dentystycznej“ istotnie wyglądają bardzo skromnie.

W okresie tym, aczkolwiek żywot pisma był ciężki, jednak „żyło“ ono, poruszając ważne sprawy lokalne o charakterze przeważnie zawodowym oraz, naturalnie, takie, które mogły być poruszane wobec opieki cenzury, która każdą notatkę starannie przeglądała.

Następne okresy, okres wyjścia Niemców, okres zmartwychwstania Polski, wojna polsko-bolszewicka — niewiele poprawiły sytuację. O pracy naukowej nie można było mówić. Nagromadziło się aż nadto wiele spraw charakteru zawodowego, które przez szereg lat nie mogły być z różnych przyczyn poruszane. Przede wszystkim aktualną się stała sprawa studiów dentystycznych, która w ciągu dłuższego czasu nie schodziła ze szpalt „Kroniki Dentystycznej“; następnie rozprawiano o organizacji pomocy dentystycznej w wojsku, o sprawach organizacji lekarsko-dentystycznych, o Kasach Chorych i t. d. Po ciężkich okresach pismo zaczęło się poprawiać; pozyskano sporo prac naukowych, wiele streszczeń prac zagranicznych, wiadomości z całego kraju i in.

Sprawa ustaw prawodawczych („o wykonywaniu praktyki dentystycznej w Państwie Polskim, sprawa ogłoszeń i szyldów dentystów) nie schodziły z porządku dziennego. Gromadzony materiał skierowany również zostaje do odpowiednich władz miarodajnych.

Wobec rozprzężenia się stosunków w zawodzie pismo poruszało stale różne sprawy, które miały ostatecznie uregulować normalne stosunki. Stanowisko, zajęte oddawna przez „Kronikę“, w odradzającym się w ciężkich warunkach Państwie, należało jaskrawiej uwydatnić.

Pogarszające się warunki i krzyczące nienormalności życia zawodowego musiały nolens-volens się odbić na roztrząsaniu spraw czysto naukowych. Trudno było w warunkach wyraźnego podkopania samych fundamentów dentystyki polskiej kontynuować wyłącznie pracę naukową. Na zachwaszczonej glebie, a taką wszak nasza gleba zawodowa przez czas długi była, najpoważniejsza nawet nauka nic zgoła nie spłodzi.

W odradzającym się Państwie bardziej jeszcze należało się przeciwstawiać prostej frazeologii i obłudnym hasłom, głoszonym przez pewne jednostki, które dawniej stały zdala od naszych spraw zawodowych.

Pismo, ignorując rozpowszechniane nieprzychylne „opinie“ oraz szykany i intrygi wszelkiego gatunku niezadowolonych (osobiście), z większym jeszcze poświęceniem torowało drogę prawdzie, przez wielu tak znienawidzonej.

Pomimo stawianych przeszkód, pismo w rozumnym pojmowaniu rzeczywistości i stosowaniu doniosłego pierwiastka odpowiedzialności



Dyplom uznania, otrzymany przez red. „Kroniki Dentystycznej“ na X Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

nadal, po odrodzeniu Państwa, nie zrzekło się wytkniętych celów i liczyło zawsze na pomoc bezstronnych kolegów, którzy rozumieją wielką odpowiedzialność wobec społeczeństwa.

Podkreślić należy, iż warunki polityczne pracy „Kroniki Dentystycznej“ ocenił poważny polski świat lekarski, kiedy to na X Zjeździe lekarzy i przyrodników, odbytym w r. 1907 we Lwowie (uchwała z dnia 25 lipca), a więc po upływie zaledwie roku wydawania pisma, przyznano „Kronice Dentystycznej“ najwyższe odznaczenie — dyplom uznania. A działo się to w gronie ludzi nauki, którzy śmiałe

przedsięwzięcie Kol. Krakowskiego, młodego wówczas praktyka, po śmierci zacnego obywatela, dra Dzierżawskiego, twórcy pierwszego polskiego organu dentystycznego, wprowadził w czyn, bez oglądania się na obojętność większości swoich kolegów, którzy inne widocznie mieli ideały. Ta nagroda moralna kierowała Redakcję wówczas na drogę dalszej wytrwałej pracy.


DYPLOM

Na ogólnem zebraniu Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego odbytem w dniu 16 września 1919 roku uchwalono jednogłośnie:

Uznając owocną i niestrudzoną pracę na polu dentystyki i szerzenia wiedzy lekarsko-dentystycznej mianować lekarza dentystę pana Maurycego Krakowskiego, redaktora „Kroniki dentystycznej" w Warszawie Członkiem Honorowym Łódzkiego Towarzystwa Odontologicznego

W dowód czego niniejszy dyplom zostaje wydany

Łódź dnia 9go listopada 1919 roku

Sekretarze: Prezes:

Dyplom na członka honorowego, otrzymany przez red. Krakowskiego od T-wa Odontologicznego w Łodzi w r. 1919 za „owocną i niestrudzoną pracę na polu dentystyki".

W ciągu ub. 30 lat „Kronika Dentystyczna" zamieściła:

Prac oryginalnych treści naukowej	256
Prac oryginalnych treści zawodowej	191
Streszczeń prac z pism zagranicznych	950
Drobnych wiadomości, wskazówek praktycznych	470
Listów do redakcji, odezw	113
Ocen dzieł dentystycznych	81

Wspomnień pozgonnych	84
Wiadomości kronikarskich	2159
Sprawozdań ze zjazdów	150

Z liczby powyższych prac redaktor kol. Krakowski ogłosił prace:

W „Przeglądzie Dentystycznym“ dra Dzierżawskiego, „Kronice Dentystycznej“ i innych pismach:

Prac treści naukowej i zawodowo-społecznej	149
Streszczeń prac pism zagranicznych	285

International College of Dentists
College International de Dentistes
Internationale Zahnärzte Akademie
Colegio Internacional de Dentistas
Washington, D. C., United States of America

This is to certify that in recognition of conspicuous services rendered
Nous certifions par les présentes que, en reconnaissance de éminents
Es wird hiermit bescheinigt, dass in Anerkennung hervorragender Verdienste
Certificamos que en reconocimiento de los servicios eminentes

in the Art and Science of Dentistry
services rendus à l'Art et à la Science Dentaires par
in der Kunst und Wissenschaft der Zahnheilkunde
en el Arte y Ciencia de la Odontologia

M / Herr / el Señor M. KRAKOWSKY

of / von / de WARSAW, POLAND

has been elected a Fellow of the International College of Dentists.
celui ci a été nommé Membre du Collège International de Dentistes.
zum Mitglied der Internationalen Zahnärzte Akademie gewählt worden ist.
ha sido elegido Miembro del Colegio Internacional de Dentistas.

F. I. C. D.

Given under the hands and the seal of the College,
Nous soussignés, avons à cet effet apposé sur les présentes le sceau de notre Collège,
Bestätigt und mit dem Siegel der Akademie versehen,
Dado, firmado, y sellado con el sello del Colegio,

this / Fait et passé / am / de December 19, 1930.

President. / Le Président. / Präsident. / Presidente.

Louis Ottofy, D.D.S., M.D., LL.D.

Registrar. / Le Secrétaire-Archiviste. / Registrator. / Secretario.

Dyplom na członka Międzynarodowej Akademii Dentystycznej w Waszyngtonie (International Colege of Dentists) U. S. A., otrzymany dnia 19 grudnia 1930 r. przez red. „Kroniki Dentystycznej“ M. Krakowskiego za zasługi na polu dentystyki.

Wspomnień pozgonnych	44
Ocen dzieł dentystycznych	63
Wskazówek praktycznych, drobnych wiadomości, sprawozdań, opisów nowych leków	2711

Spis szczegółowy powyższych prac red. Krakowskiego ze względu na szczupłość miejsca, niestety, nie może tu być podany.

Z prac oryginalnych, umieszczonych w „Kronice Dentystycznej,“ niektóre stanowiły obszerne monografie. Do takich należą:

Krakowski M. „Rys ogólny sprawy miejscowego znieczulenia przy wyjmowaniu zębów z uwzlędnieniem nowych danych“ (r. 1919, str. 148).
— „Zmiany i zwyrodnienia w narządzie zębowym pod wpływem kiły dziedzicznej z uwzględnieniem nowych spostrzeżeń“ (1912).
— „Rys ogólny sprawy techników dentystycznych“ (1918 - 1919).
— „Wartość terapeutyczna nowozalecanych środków hemostatycznych stosowanych w dentystyce“.
— „O postępowaniu bezgnilnym przy wyjmowaniu zębów“ (1904, 1905).
Doc. Dr Wilga H. „Zęby w medycynie sądowej“.
Zawidzki W. „Rys ortodoncji nowoczesnej“.

Red. Krakowski opracował i wydał w r. 1911 nakładem „Kroniki Dentystycznej“ pierwsze w języku polskim cenne dzieło p. t. „Polskie Słownictwo Dentystyczne“, składające się z kilku rozdziałów (dotychczas jedyne).

Plon więc, pomimo niejednokrotnych przeszkód, w dodatku wobec przymusowego ograniczenia objętości pisma, przedstawia się pokaźnie; „Kronika Dentystyczna“ przysporzyła polskiemu piśmiennictwu dentystycznemu sporą liczbę prac oryginalnych, począwszy od pracy skromnego praktyka do pracy profesora.

Jest to zasługą ofiarnej, pełnej samozaparcia pracy, jaką stworzonemu przez siebie pismu poświęcał i nadal poświęca jego założyciel, wydawca i redaktor w jednej osobie — Kolega Krakowski.

30 lat pracy na stanowisku odpowiedzialnego kierownika i wydawcy fachowego pisma, to w naszych warunkach rekord nielada. Zaczynał przecież Kolega Krakowski swą pracę w okresie represyj zaborcy, w którym wydawanie fachowego pisma, w języku ojczystym, liczyło się podwójnie: obok bowiem stworzenia organu, z łamów którego polscy lekarze dentyści mogli przemawiać w swych sprawach zawodowych i naukowych, był to również czyn patriotyczny. Ileż energii, starań i kosztów musiał Kolega Krakowski włożyć, aby założoną przez Siebie placówkę utrzymać i doprowadzić do dzisiejszego rozwoju. Lecz nawet i dzisiaj wytrwałość wydawcy jest godną podziwu w obliczu trudnych warunków, z jakimi borykać się u nas niestety musi każde pismo o charakterze zawodowo-naukowym.

Dlatego też dziś, gdy z okazji jubileuszu „Kroniki Dentystycznej“, przychodzi nam uczcić zasługi Jej założyciela, wydawcy i redaktora, który założonemu przez Siebie pismu poświęcił tak wiele wysiłków i ofiarnej pracy, — człowieka skromnego, niegoniącego za rozgłosem, a niestrudzonego bojownika w walce o godność i poziom naukowy zawodu — uczynimy to najgodniej, stwierdzając, że:

KOLEGA KRAKOWSKI DOBRZE PRZYSŁUŻYŁ SIĘ SPRAWIE ZAWODU LEKARSKO-DENTYSTYCZNEGO W POLSCE, I SKŁADAJĄC MU ŻYCZENIA DALSZEJ OWOCNEJ I DŁUGOLETNIEJ PRACY DLA DOBRA DENTYSTYKI POLSKIEJ.

———o———

HIGIENA JAMY USTNEJ.

Lek. dent. HALINA MICKIEWICZ. *Warszawa.*

Opieka dentystyczna szkolna w Austrii.

(Referat wygłoszony na posiedzeniu lekarzy szkolnych Zarządu Miasta Warszawy, dnia 8 października 1936 r.).

Sprawa profilaktyki zębów, jest sprawą tak bardzo interesującą cały świat lekarski, sprawa gorąca, która obejmuje cały problemat leczenia dzieci w wieku lat 3 do 18. Propaganda leczenia w szkołach powszechnych stała się conditio sine qua non.

Przede wszystkim uświadamianie rodziców, a zatym dzieci i młodzież szkolną. Na czele propagandy stoi lekarz szkolny, rodzice, to znaczy rada rodzicielska oraz same dzieci i higienistki szkolne. Wśród dzieci, propagandą leczenia zajmują się skauci i higieniści klasowi.

98% dzieci cierpi na próchnicę zębów, jest to cierpienie konstytucyjne o podkładzie infekcyjnym. Szczęśliwe są te dzieci, którym rodzice dają leczenie u lekarzy prywatnych, a ta masa dzieci szkolnych, których rodzice są biedni, musi mieć opekę lekarską wyznaczoną przez Zarząd Miasta. W całej Austrii jest 40 poliklinik szkolnych miejskich. Co do samego Wiednia, miasto 2 milionowe; dzieci w wieku lat 6—14 — 925.623, a poliklinik szkolnych 16.

Początek pomocy dentystycznej w Wiedniu datuje się od roku 1906. Nowy impuls w higienie szkolnej powstał w roku 1922—23. W wiejskich szkołach zorganizowano pomoc dentystyczną lotną. Obowiązek leczenia i badania dziecka spada na lekarza, a nie mniejszy i na rodziców, aby swe dziecko kierowali na leczenie. Leczenie dzieci w wieku lat 6-ciu jest początkiem leczenia obowiązkowego. Najgorsze okresy w wieku dzieci z pogarszającym się stanem uzębienia są lata 9—10; 11—12; 13—18.

W poliklinikach wiedeńskich pracuje 97 lekarzy 242 dni w roku. Na badanie stanu uzębienia poświęca się 40 dni. Polikliniki czynne są od godz. 8 rano do piątej popołudniu. W każdej poliklinice pracuje 6-ciu lekarzy, każdy po 3 godziny dziennie przez cały rok. Dzieci ze szkół należą do poliklinik swojej dzielnicy. Na początku roku szkolnego wychowawca klasy zgłasza się ze swymi dziećmi do swej dzielnicowej polikliniki, celem poddania dzieci oględzinom stanu uzębienia. Lekarz po zbadaniu dziecka wydaje odpowiedni wynik badania i kartę o obowiązkowym leczeniu, kartę tę podpisuje wychowawca oraz rodzice, że obowiązują się dziecko swe skierowywać na leczenie, gdyż są świadomi, że to jest konieczne celem zachowania odpowiedniego stanu zdrowia dla dobra całego narodu. Rodzicom rozsyła się ankiety treści następującej:

Jak może matka przyczynić się do polepszenia stanu uzębienia swego dziecka?

1. powinna dbać, aby dziecko 2 razy dziennie twardą szczotką czyściło starannie zęby.

2. aby akuratnie chodziło do polikliniki szkolnej, czy do lekarza prywatnego.

3. aby nie jadało za dużo słodyczy i miękkich ciastek, lecz częściej chleb czarny i mięso.

4. aby do szkoły otrzymywało kawałek chleba czarnego i owoc lub jarzynę.

5. aby po obiedzie i po kolacji zjadało jabłko.

6. aby jaknajwięcej zielonych jarzyn spożywało, w postaci szpinaku oraz mleko i jajko.

7. aby nie spało z otwartymi ustami, co jest bardzo szkodliwe do formowania się zgryzu, a tymże i do powstawania próchnicy zębów.

Dziecko szkolne zgłasza się na leczenie w porze dla niego odpowiedniej, wyznaczonej przez lekarza. Bardzo starannie jest prowadzona rejestracja dzieci, którą zajmuje się pielęgniarka.

Po zarejestrowaniu każdorazowym dziecka pielęgniarka zapytuje się, czy dziecko czyściło zęby, o ile nie, to dostaje na miejscu szczotkę i czyści starannie przez parę minut zęby w odpowiednio urządzonych dla tego celu spluwaczkach skanalizowanych. Przy 3-ch spluwaczkach, może jednocześnie 9-cioro dzieci czyścić zęby. Pielęgniarka przygląda się czyszczeniu zębów, a w rękach trzyma duży fantom drewniany górnej i dolnej szczęki oraz szczoteczkę i demonstruje sposób czyszczenia. Poliklinika posiada w magazynie swoim zapas kilkuset szczotek do zębów, a dziecko, które szczotki w domu nie ma, otrzymuje na miejscu, aby tylko zęby czyściło. Lekarz dentysta poświęca kilka godzin specjalnie na pogadanki z przezroczami o czyszczeniu zębów. Poliklinika szkolna obejmuje leczeniem i dzieci w wieku lat 2—7, aby zachować jak najdłużej zęby mleczne, gdyż brak takowych wywołuje uchylenia w zgryzie. Walka z próchnicą zębów coraz bardziej się szerzy, odróżnia się predyspozycję do zmian ortogenitycznych w postaci progenii, retrogenii lub prognatii. Jak wiadomo, do próchnicy zębów przyczynia się nieprawidłowy zgryz, lub nawet zniekształcone zęby. Dzieci z nieprawidłowym zgryzem należy otaczać opieką, gdyż w następstwie może powstać paradontoza, z którą również walkę należy prowadzić. Lekarze chorób dziecięcych u lekarzy dentystów zasięgają stale informacji co do zgryzu i uzębienia dziecka, aby mogli rodziców uświadamiać, jaką dziecko powinno mieć formę ułożenia podczas snu i co do sposobu odżywiania, aby dodatnio wpłynąć na rozwój szczęk.

Prof. S t e i n opisał, że próchnica zębów u dzieci daje takie obrazy chorobowe, jak: świnka, zapalenie migdałów, reumatyzm, zapalenie wsierdzia i inne. Wszystkie zabiegi szczękowe wykonuje się na miejscu w poliklinice włącznie z rentgenowskim prześwietleniem. Leczenie i plombowanie jest bezpłatne. Jedynie wpisowe za leczenie wynosi jednego szylinga. Jest to opodatkowanie rodziców. Do profilaktyki zębów dolicza się dożywianie dzieci w szkołach, dając dzieciom kalorii 700.

Prowadzona jest akcja dożywiania mlekiem surowym. Każde dziecko nawet zamożne otrzymuje w szkole ¼ litra mleka surowego. Szeroko prowadzona jest akcja kolonijna. Ostatnie wakacje w górach na koloniach było 27.508 dzieci. Statystycznie stwierdzono, że dzieci odpowiednio odżywiane i leczone na zęby, już w 2—3 roku pobytu w szkole mają stan uzębienia o 20—30% lepszy od nowowstępujących.

Rodzice obowiązują się dzieci swe odżywiać odpowiednio, dając im pewną ilość witamin w postaci surowych jarzyn. Często dzieci przychodzą ze swym śniadaniem do polikliniki, składa się ono z bułki czy chleba czarnego, owocu lub jarzyny i szklanki surowego mleka. Materiały do plombowania i leczenia w najprzedniejszych gatunkach. Leczenie nie ogranicza się na niesieniu pomocy doraźnej, lecz doprowadza się do całkowitej sanacji uzębienie.

Korzenie zębów starają się lekarze zachować, leczą takowe, o ile można, zakładając w zastępstwie plombę na sztyftach w rodzaju korony zęba.

Materiałami do plombowania trzonowców jest srebro i amalgamat miedzi. Cement pryncypialnie nie jest używany jako plomba. Zęby przednie plombuje się porcelaną. Leczenie trzonowców metodą amputacyjną. Zęby jednokorzeniowe leczą metodą extyrpacji. Dewitalizacja przeprowadzona pastą arszenikową. Wkładka arszenikowa nie pozostaje dłużej nad 24—48 godzin. Leczenie miazgi odbywa się w ciągu 3—4 seansów. Jednokorzeniowe zęby plombują sztyftami gutaperkowymi. Leczenia zgorzelinowych trzonowców nie przeprowadza się, zęby takie są usunięte. Zęby usuwają w znieczuleniu chlorethylowym lub miejscowym z 2% novocainy z supreraniną. Zęby mleczne usuwa się bez znieczulenia.

Zdjęcia rentgenowskie oraz niezbędne protezy dla dzieci, jak również zabiegi chirurgiczno-stomatologiczne wykonuje poliklinika szkolna na miejscu.

Dr H o u s t e n przez 25 lat pracował w domu wychowawczym, gdzie prowadził przychodnię dentystyczną dla dzieci i opisuje swoje następujące spostrzeżenia z praktyki: dzieci w wieku lat 3—18, odżywiani: świeżym mlekiem, mięsem, jarzynami, owocami, rzadko słodyczami i ciastkami. Konsumcja cukru dziecka rocznie wynosiła około 30 funtów. Czyszczenie zębów — szczotką i solą kuchenną. Badanie dzieci na początku co 3 miesiące, później co ½ roku. W ostatnich latach stan uzębienia dzieci polepszył się tak, że statystyka roczna wykazała następujące: usunięto zębów zaledwie 3, przypadków zapalenia miazgi około 12, poza tym leczenie powierzchownych próchnic erozjowych i wypełnienia takowych.

U starszych rzadkie przypadki podrażnień zapalnych podczas wyrzynania się zębów mądrości. Rzadkie przypadki Angina vincenti, oraz afekty luetyczne.

Podobne badania i obserwacje zabierają dużo czasu, ale lekarze nie są w czasie ograniczeni i leczenie przeprowadzają bardzo staran-

nie. Lekarze przyjmują przeciętnie 4 — 5-cioro dzieci na godzinę. Pobory lekarza wynoszą za 3 godziny dziennej pracy miesięcznie 360 szylingów przez 12 miesięcy w roku. Polikliniki są urządzone niektóre przy szkołach, a inne w pomieszczeniach miejskich w postaci naszych ośrodków zdrowia. Zasadą jest dzieci ze złym stanem uzębienia, których jest 98%, doprowadzać do zupełnego wyleczenia. Zasadą leczenia na poliklinikach szkolnych jest wypuszczać młodzież ze szkół z dobrym stanem zębów.

We wszystkich miastach europejskich cel ten jest dociągnięty do 96%.

W roku 1932 w Berlinie było 20 poliklinik i zatrudnionych lekarzy 67.

Wielką opieką dentystyczną otacza swe dzieci miasto Oslo, gdzie w roku 1934/5 20 poliklinik obsługuje 19.845 dzieci a lekarzy ordynujących w liczbie 25, również miasto Kopenhaga posiada 5 poliklinik i 35 lekarzy na 59.897 dzieci. Na specjalną uwagę zasługuje poliklinika chorób zębów w Rzymie, niedawno urządzona według wszelkich zasad obecnych potrzeb higienicznych. Dbać należy również o stan zębów mlecznych. Tym samym przyzwyczajamy dzieci do leczenia zębów. Stwierdzono, że dzieci wstępujące do szkoły już mają zęby stałe wyrzynające się w 6-tym roku życia w bardzo złym stanie, tak, że często już je trzeba usuwać.

Walczyć należy z próchnicą zębów tak jak się walczy z gruźlicą, czy też syfilisem. W 70—80% do powstawania próchnicy zębów przyczynia się rachitis, a zatym pediatrzy powinni z tą chorobą walkę prowadzić. Stwierdzono również, że o ile nauczyciel dba o swoje zęby, to każda jego klasa uczniów również będzie miała zęby dobre i naodwrót; należy również i nauczyciela skierować na sanację całego uzębienia. Prof. K a n t o r o w i c z w Bonn wprowadził nawet nagrody za dobre utrzymanie jamy ustnej i leczenie zębów.

Zaopatrzono mnie w klinikach wiedeńskich w druki i odezwy do rodziców w sprawie leczenia dzieci, którymi mogę służyć. W porównaniu z innymi miastami europejskimi pomoc dentystyczna szkolna u nas powinna być nieco zreformowana, a mianowicie: zwiększona ilość godzin pracy w leczeniu, czas lecznictwa powinien trwać bez przerwy cały rok kalendarzowy; konieczna jest asysta pielęgniarki, a wydajność pracy ogromnie by się zwiększyła. Materiały powinny być dostarczone w najlepszych gatunkach. Na czele pomocy dentystycznej szkolnej powinien być lekarz specjalista, któryby stale wszelkie potrzeby dla dobra dzieci szkolnych referował.

R e s u m é.

1. Zapoczątkować leczenie u matki ciężarnej.
2. Sanacja mlecznego uzębienia u dzieci w wieku przedszkolnym.
3. Propaganda higieny jamy ustnej.
4. Opieka nad ortodontycznymi anomaliami.
5. Profilaktyka zębów i całego organizmu dziecka.

6. Otaczać opieką dentystyczną wszystkie dzieci szkolne.
7. Praca lekarska z asystą pielęgniarki.
8. Leczenie bezpłatne, zaś rodziców opodatkować i utworzyć fundusz profilaktyki zębów, dożywiania i kolonijny.

---

1. Nr. 013826.

Postanowienie pobierania 1 szylinga za rok szkolny .... za .... szkoła ....

Klasa ....

Wiedeń, dn. .... 193 ..... podpis.

2. Do opieki rodzicielskiej domowej.

Wynik badania dziecka wykazał, że leczenie zębów jest obowiązkowe. Jest w interesie dziecka koniecznie stan uzębienia doprowadzić do porządku. Obecny stan nie jest zbyt dobry.

3. Do opieki rodzicielskiej domowej.

Stosownie do wyniku badania dziecka z pierwszego półrocza z zarządzeniem przeprowadzenia leczenia, zawiadamia się powtórnie, że w interesie dziecka jest opiekować się jego stanem uzębienia. Przeprowadzić leczenie zębów u dziecka jest konieczne.

(podpis) *Miejska Szkolna Klinika.*

4 i 5 karty chorobowe na cały czas pobytu w szkole.

Do rodziców naszych szkolnych dzieci.

Jest rzeczą skonstatowaną, że zły stan zębów nie tylko wywołuje ból, lecz i ogólny zły stan, a szczególnie w wieku dziecięcym. Jedną z przyczyn upośledzonego rozwijania się są złe zęby. Również choroby infekcyjne mogą powstać od złych zębów. Wszystkie te szkodliwe strony źle wpływają na organizm dziecka, jak również i na całe pokolenia.

Stwierdzono zatym, że dzieci ze złym stanem uzębienia i z nieczystą jamą ustną są w wielkim niebezpieczeństwie. Dla dobra dzieci szkolnych zarząd miejski zorganizował dla dzieci szkolnych kliniki szkolne, które mają za zadanie dbać o dobry stan zdrowia dzieci.

Zadaniem rodziców jest dzieci doprowadzić do leczenia zębów i higieny jamy ustnej. Aby kliniki szkolne swój cel dopięły, musi być opieka szkolna nad dziećmi od pierwszego do ostatniego roku pobytu w szkole. W tym celu dzieci bada się dwa razy do roku i poddaje się leczeniu i opiece jamy ustnej.

Rodziców uprasza się o zaopiekowanie powyższymi sprawami i podpisanie zobowiązań.

7. (odpowiedzi rodziców):

Zdaję sobie sprawę z pomocy lekarskiej nad moim dzieckiem i szylinga, jako wpisowe, zobowiązuję się wpłacić.

Przyjmuję następujące do wiadomości:

1. Dzieci rodziców należących do Kasy Chorych, lub dzieci rodziców mogących opłacać leczenie prywatne w poliklinikach szkolnych się nie leczą.

2. Racjonalna opieka dentystyczna robi to, że dziecko przyzwyczaja się już od pierwszego oddziału odwiedzać klinikę szkolną.

3. Dziecko, które w pierwszym oddziale nie zgłasza się do kliniki szkolnej, już w następne lata nie ma prawa leczenia.

U w a g a. Zwraca się uwagę, czy w rodzinie dziecka niema hemofilików.

(podpisy rodziców)

———o———

Z J A Z D Y.

Z Kliniki Dentystyki Zachowawczej Akademii Stomatologicznej w Warszawie (Kierownik: Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI).

Doc. Dr KONRAD SZEPELSKI. *Warszawa.*

Schorzenia okołozębia na IX Kongresie F. D. I. w Wiedniu.

(Sprawozdanie z wyżej wymienionego Kongresu).

Wśród wielu bardzo ciekawych tematów poruszanych na IX Międzynarodowym Zjeździe F. D. I., który odbył się na początku sierpnia 1936 roku w Wiedniu, tematy poświęcone sprawom patologicznym toczącym się w okołozębiu zajmowały niepoślednie miejsce.

Sekcja ta poza czterema bardzo ciekawymi wykładami zawierała także sekcję pokazów praktycznych; prócz tego do Sekcji tej należy zaliczyć omówienie tych eksponatów wystawowych, które nie były demonstrowane lub omawiane w czasie pokazów praktycznych.

Wśród autorów wykładów spotykamy nazwiska tej miary, co: E n t i n, G o t t l i e b, H a ü p l, R o y i W e s k i.

Z wielką przykrością należy podnieść tę okoliczność, że prof. E n t i n nie wygłosił swego wykładu osobiście, co bezwzględnie przyniosłoby pewno więcej korzyści niż zapoznanie się z tym wykładem w druku.

Również brakło prof. E n t i n a, jako oponenta.

W skrócie wykłady tych czterech koryfeuszy nowoczesnych badań patologii okołozębia przedstawiają się jak następuje:

E n t i n miał mówić na temat: „Patologia i terapia przybrzeżnych paradontopatii (t. zw. ropocieku zębodołowego) w świetle badań nowoczesnych“.

Na wstępie autor nadmienia, że jednostka chorobowa, o której mowa, jest tak skomplikowaną i zależy od wielu czynników, a właściwie w tak wielu dziedzinach mogłaby znaleźć wytłomaczenie swej patogenezy, że przez to samo wyklucza możliwość narysowania przeciętnego klinicznego obrazu, jak również stworzenie możliwej klasyfikacji, a nawet tylko zadawalających wszystkich nomenklatury.

Ta okoliczność, zdaniem autora, daje mu prawo przez analogię do zwrotów, które już się cieszą prawem obywatelstwa w medycynie, jak np. gastropatia, endokrynopatia, — nazwać to schorzenie — paradontopatią.

Zwrot ten E n t i n uważa za nader szczęśliwy, gdyż według przyjętych pojęć oznacza on z jednej strony nieprzerwaną łączność pomiędzy patologią jednostki, a całości — z drugiej strony podkreśla bardzo skomplikowany charakter patologicznych zmian w okołozębiu. Autora utwierdza w tym mniemaniu, że termin ten jest słusznie wybranym, gdyż podobnego zdania jest też i P a l a z z i. Naturalnie Entin liczy się z tym, że termin może nie zadowolić wszystkich, gdyż i nam wydają się niektóre, a właściwie wszystkie terminy nieodpowiednimi, dość przypomnieć takie nazwy, jak periodontoklazja, periodontoliza i inne.

Autor ma większe trudności jeszcze przy stworzeniu klasyfikacji.

Nawet klasyfikacje uczonych tej miary, co G o t t l i e b i O r b a n, zdaniem autora, nie rozwiązują sprawy. Ponieważ znośna klasyfikacja umożliwia diagnostykę różniczkową, szkoła E n t i n a uważa, że jej klasyfikacja jest do tych celów najodpowiedniejszą. Wygląda ona w ten sposób, że wszystkie schorzenia okołozębia można zebrać w trzy zasadnicze grupy, a mianowicie:

1-o postać destrukcyjna, która przebiega bez objawów przewlekłego zapalenia, a więc bez tworzenia się kieszonek, bez wydzieliny ropnej, ale z możliwością okresowego wrzodzenia z mniej więcej równomiernym zanikiem kości i części miękkich;

2-o postać, która charakteryzuje się objawami przewlekłego zapalenia, ale bez tendencji do ropienia, natomiast ze skłonnością do tworzenia się kieszonek i nierównomiernym zanikiem i wreszcie

3-o postać, to forma mieszana, co wyjaśnimy dalej.

Rozdrabniając ogólne obiawy charakteryzujące poszczególne grupy tych schorzeń, E n t i n opisuje szczegółowo grupę zmian destrukcyjnych następująco:

a) przerost dziąseł;
b) odporność zębów na próchnicę;
c) zęby te natomiast wykazują wielką skłonność do chwiania się i wysuwania się z zębodołu (Autor nazywa to wydłużaniem się zębów);
d) zupełny brak lub znowu obfity osad nazębny;
e) skłonność do szybkiego i obfitego tworzenia się kamienia poddziąsłowego nazębnego;
f) anemiczny odstający brzeg dziąsła, gdzie brodawki są słabo zaznaczone i gdzie przestrzenie międzyzębowe są zupełnie obnażone.

W drugiej grupie, którą nazywa grupą zapalną (może lepiej nazwać ją grupą wytwórczą), spotykamy:

a) poddziąsłowy brązowy kamień;
b) rozpulchnienie dziąseł;
c) skłonność zębów do próchnicy (charakterystyczne).

Trzecia grupa, jest to grupa mieszana, gdzie w różnej mierze spotykamy tak zmiany destrukcyjne jak i wytwórcze względnie zapalne.

Zdaniem autora nie nadszedł jeszcze czas, aby można było analizować związek między formami paradontopatii, a ogólnym stanem ustroju.

Niezależnie od tego jednak autor przytacza szereg nazwisk uczonych, którzy próbowali tę zagadkę rozwiązać.

Tu można wymieniać autorów analizujących sprawy zaburzeń przemiany materii i związek tego momentu ze stanem patologicznym okołozębia, a więc ci, którzy badali:

a) obraz morfologiczny krwi;
b) rezerwę zasadową;
c) krzywą glikemię krwi;
d) napięcie systemu współczulnego.

Na podstawie wyników tych badań należy przyjść do wniosków, chociaż stwierdzono u tych chorych z całą pewnością objawy zaburzeń w wyżej podanych zakresach, to jednak żaden ze współczynników patologicznej przemiany materii nie okazał się charakterystycznym dla którejkolwiek z podanych grup paradontopatii.

Ci autorzy, którzy zajęli się sprawami zaburzeń w obrębie gruczołów wewnętrznego wydzielania, chociaż w pewnej ilości przypadków (bardzo niewielkiej około 8%), mogli wykazać pewen związek schorzenia z zaburzeniami w wewnętrznym wydzielaniu, to i tu jednak nie znaleziono jakichś charakterystycznych danych dla poszczególnych form paradontopatii.

Widzimy więc, że w patogenezie tego schorzenia niewiele mogliśmy stwierdzić pewnego. Ciekawymi są hypotezy, jakie można spotkać w literaturze. Np. E n t i n sam wypowiedział być może paradoksalną, niemniej jednak zupełnie możliwą hypotezę patogenezy paradontopatii, a mianowicie, że mogą odgrywać tu rolę stany mesenchymy: astheniczny lub włóknisty typ.

Prawdopodobnie też i dlatego w terapii tego schorzenia tak stosunkowo nie wiele jeszcze osiągamy.

Terapia według Entina wygląda następująco:

A. Lokalna, polegająca na doprowadzeniu stanów dziąsła do porządku, a więc:

1) usuwanie kamienia nazębnego,
2) ropienie z kieszonek,
3) masaż lub zabiegi chirurgiczne,
4) fizykoterapia;

B. Ogólna:
1) hormonalna,
2) przemiana materii (C vitaminoterapia),
3) proflaktyka (zakażenia i neurozy).

Następny autor Haüpl mówił wyraźnie już o „Przewlekłych zapaleniach dziąseł i rozchwianiu zębów“. Jako podtytuł tego wykładu prelegent proponował: „Przybrzeżne i głębokie zapalenie okołozębia.

Na wstępie poruszył on sprawę histologii i patogenezy przewlekłego zapalenia dziąseł.

Według H a ü p l'a równolegle ze wstecznymi zmianami w nabłonku w postaci rozpulchnienia, nacieczenia leukocytowego, nekrozy i owrzodzeń, możemy stwierdzić również i zmiany postępowe, jak np. wielokrotny przerost nabłonka w obrębie kostniwia. W tkance łącznej stwierdzamy typowe zmiany odpowiadające przewlekłemu zapaleniu.

W związku z tymi zmianami w nabłonku stoi tworzenie się tak zwanych kieszonek. Co się tyczy patogenezy, to prawdopodobnie mamy tu do czynienia z dystrofią kości. Pod tym mianem rozumie autor zaburzenia w działalności osteoplastów na tle wewnętrznego wydzielania.

Drugim zagadnieniem poruszonym przez H a ü p l a będzie sprawa rozchwiania zębów.

Przyczynę tego zjawiska widzi autor w zaniku kości w obrębie okołozębia, co prowadzi do osłabienia aparatu umocowującego ząb. Jako drugi moment patologiczny należy uważać obciążenie zęba.

Wreszcie na zakończenie trzecia kwestia, którą porusza H a ü p l jest sprawa etiologii zapaleń przewlekłych okołozębia: tak przybrzeżne jak i głębokie.

Co się tyczy zewnętrznych momentów patologicznych, to, zdaniem autora, w ostatnich czasach nie spotykamy w literaturze nic nowego.

Natomiast wiele mówi się o czynnikach wewnętrznych. Ma on na myśli, jako wyraz, zewnętrzne reakcje, na te czynniki ze strony komórek i naczyń.

Głównie tu należy zwrócić uwagę na resztki embrionalne mesenchymy, na co już w 1927 roku zwracał uwagę L a n g.

Komórki mesenchymy mogą przekształcić się albo w histiocyty, albo komórki infiltracyjne, lub fibroplasty, osteoplasty i inne i przez to mogą mieć duży wpływ na procesy defensywne lub ofensywne ze strony ustroju.

W swoich końcowych wywodach przychodzi H a ü p l do wniosku, że przy ocenie stanu chorobowego i ewentualnej prognozy, leczenia i t. p., należy brać pod uwagę stan tkanek okołozębia tak miękkich jak i twardych.

Co się tyczy spraw zapalnych przewlekłych, należy zwracać baczną uwagę na zaburzenia funkcyjne w okołozębiu. Autor stwierdza, że i czynnik zakaźny może odgrywać tu pewną rolę. Tam, gdzie mamy

rozchwianie się zębów bez objawów klinicznych zapalnych, musimy przyjąć działanie wadliwe wewnętrznego wydzielania.

Laureat Międzynarodowej nagrody Millera — R o y, mówił o zaburzeniach statycznych w okołozębiu i o terapii tych stanów patologicznych.

Według niego zaburzenia statyczne zębów zależeć mogą, a może nawet i muszą od warunków fizjologicznych ogólnych.

Moment przeciążenia zgryzowego nazywa R o y zgryzem traumatycznym, t. j. zgryzem, który przekracza tolerancję funkcyjną tkanek.

Oddając w ten sposób pierwszeństwo czynnikom mechanicznym w całym przebiegu interesującego nas schorzenia, R o y proponuje terapię opartą na tych czynnikach, więc:

Mamy tu do czynienia z szynami, mostkami i t. p.

W szczegółowej terapii R o y rozróżnia profilaktykę i leczenie właściwe.

Jako leczenie profilaktyczne Ro y poleca zwalczać anomalie szczękowo-zębowe, jak najszerzej zrozumiane.

Śród urządzeń umocowujących R o y podaje między innymi rodzaj mostka osadzonego na ćwiekach np. w zębach przednich dolnych.

Zęby boczne (trzonowce i przedtrzonowce) umocowuje więc on przy pomocy koron zlutowanych ze sobą i złączonych przy pomocy przęseł przerzuconych z jednej strony na drugą.

Wyniki kliniczne tego postępowania autor uważa za dobre.

Na zakończenie W e s k i mówił o „paradontopatiach i paradontozach".

Na podstawie dość skomplikowanych wzorów rodzaju matematycznego, gdzie np. wyraża on stosunek ogólnych zaburzeń do skłonności ustroju, oraz czynników zewnętrznych i wewnętrznych w formie wzoru matematycznego, wyprowadza dopiero on jednostkę chorobową. Całość wykładu robi wrażenie traktatu oderwanego, niemniej wnioski są dość realne i oryginalne.

1. Paradontopatie dzieli on na:
   a) paradontomy,
   b) paradontozy,
   c) paradentity.
2. Podstawą tych stanów jest zapalna lub dystroficzna hyperplastyczna skłonność ustroju.
3. Jako podklasyfikację działu paradentoz We s k i rozróżnia
   a) typ zapalny,
   b) typ dystroficzny,
   c) typ periodontoklastyczny.
4. Dotychczas nie mamy ustalonego związku pomiędzy ogólnym stanem, a poszczególnymi typami paradentoz.
5. Brak nam terapii wewnętrznej przyczynowej.

W dyskusji między innymi zabrał głos prof. Cieszyński ze Lwowa. Jego przemówienie można sprowadzić do następujących punktów:

1. Uznaje on znaczenie czynników endogennych.
2. Podkreśla znaczenie równowagi statycznej aktu żucia.
3. W leczeniu poleca wkrapianie środków nieuszkadzających tkanki; na uwagę, zdaniem prof. Cieszyńskiego, zasługuje camphenol.
4. Przy bardzo zaawansowanych schorzeniach operacyjne leczenie.

Na pokazach zaznajomiliśmy się z narzędziami służącymi do zapuszczania parafiny thymolowej do kieszonek (metoda, którą posługuje się szkoła wiedeńska od wielu lat), oraz z fizykoterapeutycznymi urządzeniami, śród których na wyróżnienie zasługują zimna lampa kwarcowa, oraz zwykłe lampy kwarcowe z urządzeniami do naświetleń małych pól operacyjnych np. 2—3 zębów.

———o———

Dział streszczeń

Prof. dr B. KLEIN. Czynnościowy wycisk uciskowy i wycisk z udziałem żucia. (Funktioneller Kompressionsabdruck und Kauabdruck). Z. f. Stom. 1937, Nr. 3.

Jedną z modyfikacji czynnościowego wycisku opracowanego przez Green-Supple, jest uciskowy wycisk Willemse. Zasadą tego wycisku jest pionowy ucisk, pod działaniem pionowym siły zgryzu, przy ściśle określonej wysokości wałów zgryzowych. Inną modyfikacją jest metoda Sprenga, uwzględniająca nie tylko ucisk pionowy zgryzu, ale i poziomy z uwzględnieniem różnorakich czynności, jak: połykanie, mowa, ziewanie i t. p. Autor wykonał szereg całkowitych protez według obu metod i poczynił nad nimi spostrzeżenia.

Sprengl posługuje się indywidualną łyżką i czarną gutaperką jako masą wyciskową. Willemse indywidualną łyżkę buduje z masy Kerra. Łyżka ta służy zarazem jako szablon zgryzowy opatrzony wałem zgryzowym, również z masy Kerra. Po ścisłym skontrolowaniu brzegów łyżki-szablonu i wysokości zgryzu, wewnętrzna strona łyżki zostaje nagrzana nad ostrym płomieniem lampki gazowej, lub spirytusowej, wprowadzone szablony górny i dolny i dokonany indywidualny, uciskowy wycisk danej szczęki.

Autor kładzie nacisk na dokładne sprawdzenie wysokości zgryzu, wychodząc z założenia, że układ i ruchy warg i policzków zmieniają się zależnie od wysokości wałów zgryzowych. Przy zgryzie obniżonym wargi i policzki wykonują ruchy o zakresie szerszym niż przy zgryzie podwyższonym. Zbyt forsowne ruchy zniekształcają brzeg indywidualnego wycisku, a tym samym psują planowość naszego zabiegu. W wyniku doświadczeń nad metodą Sprenga i Willemse przy-

pisuje autor przewagę metodzie ostatniej dla następujących powodów. Indywidualna łyżka według Sprenga po dostosowaniu nie może być zmieniona, jeśli chodzi o powiększenie jej powierzchni.

Łyżka z masy Kerra według metody Willemse może w każdym przypadku ulec przedłużeniu, rozszerzeniu, przez doklejenie nowej warstwy masy, oczywiście odpowiedniej grubości, z uwagi złamania. Gutaperka twardnieje dłużej niż masa Kerra; pacjent nie może się zorjentować, jakie miejsce go uwiera, jeżeli twardnienie jest stopniowe. Przy masie Kerra, twardniejącej szybciej, łatwiej daje się odczuć odnośne bolesne miejsce w wycisku. ów długi czas twardnienia jest niebezpieczny u pacjentów nowicjuszów, którzy nieostrożnymi ruchami szczęki mogą łatwo rozmiażdżyć w niewłaściwy sposób czarną gutaperkę. Masa Kerra rozmiękczana i kształtowana na jednym posiedzeniu, tych obaw nie nastręcza. W zakończeniu referatu autor wyraża pogląd, że wykonywanie protez według wycisków anatomicznych i korygowanie ich późniejsze przez wycisk plastyczny uzupełniający, jest kłopotliwe i niezawsze daje dobre rezultaty.

Streściła *J. Galasińska-Landsbergerowa.*

Dr. OTTO STREICH. Podścielenie protez plastycznym kauczukiem. Die Unterfütterung von Prothesen mit modelierbarem Kautschuk. (D. Z. Woch. 1937. Nr. 6).

Autor nawiązuje do referatów Reichenbacha i Rehma na temat plastycznego kauczuku „Platex" używanego od niedawna do podścielenia protez. Sprawa podścielenia nie jest dotychczas dostatecznie pomyślnie rozwiązana i tak np. Rehm, który temu zagadnieniu poświęcił dużo pracy, upatruje duże trudności w podścieleniu protez górnych. Według jego zdania górne protezy podścielone i kauczukowane wtórnie kurczą się i nie przylegają. Dr. Streich przyczynę nieprzylegania wtórnie kauczukowanej protezy upatruje nie tyle w ściąganiu, kurczeniu kauczuku, ile w jego ponownym prasowaniu.

Dr. Streich podaje następujące możliwości zastosowania plastycznego kauczuku „Platex".

1. Podścielenie starych, nieszczelnie przylegających protez. Przez zabieg ten otrzymujemy lepsze przyssanie, przynajmniej na pewien czas. Warunkiem jest dobra artykulacja i prawidłowe ustawienie zębów.

2. Poprawa uszczelnienia brzegu (Randkorrektur) w protezach wykonanych po niedawnych ekstrakcjach.

3. Podścielenie protezy przy specjalnie trudnych warunkach wycisku — przy błonie śluzowej przesuwalnej w kierunku horizontalnym.

Wykonanie podścielenia jest następujące. Odnośna część płyty protezy zostaje opatrzona nacięciami przy pomocy specjalnego frezu reparacyjnego. Po osuszeniu nafrezowanych miejsc, nakła-

damy kauczuk „Platex“ rozgrzanym nożykiem, modelujemy delikatnie nakładaczem, albo opuszką palca.

Aby zapobiec przyklejaniu nożyka i palca podczas modelowania, należy używać do izolacji talku. Przed włożeniem protezy do ust, nagrzewamy powierzchnię „Platexu“ w wodnej kąpieli o temp. 60°. Po włożeniu do ust dociskamy protezę do podłoża najpierw palcami, potem polecamy pacjentowi zamknięcie szczęk, ruchy mimiczne i t. d., jak przy wycisku czynnościowym. Czas pozostawania protezy w ustach 20 minut.

Po wyjęciu z ust, sprawdzeniu, proteza zostaje albo natychmiast zanurzona do kiwety i zwulkanizowana, albo, jeśli to nie może nastąpić zaraz, należy podścieloną protezę od strony „Platexu“ wypełnić rzadko rozrobionym gipsem bez dodatku soli. Po stwardnięciu gipsu proteza może być bezpiecznie przechowywana aż do chwili zwulkanizowania. Proces wulkanizowania jak przy metodzie dawnej.

Streściła *J. Galasińska-Landsbergerowa.*

WIADOMOŚCI UNIWERSYTECKIE.

ZAGAJENIE

Rektora Akademii Stomatologicznej w Warszawie, Profesora d-ra JERZEGO MODRAKOWSKIEGO, uroczystości wręczenia dyplomów absolwentom Akademii, odbytej w auli Uniwersytetu J. Piłsudskiego w dniu 7.III. 1937 roku.

Witam Szanownych Państwa i zarazem dziękuję za łaskawe przybycie na dzisiejszą uroczystość Akademii Stomatologicznej.

Dziękuję za uświetnienie uroczystości swą obecnością pp. przedstawicielom Władz i Stowarzyszeń, a przede wszystkim dziękuję J. M. Panu Rektorowi i Panu Dziekanowi Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. Piłsudskiego za zaszczycenie naszej uroczystości swoją obecnością, którą cenię wysoko i uważam za wymowny dowód łączności Akademii Stomatologicznej z naukami lekarskimi wogóle. Ma to szczególnie głębokie znaczenie w dniu dzisiejszym. Zarazem składam gorące podziękowanie J. M. Panu Rektorowi Prof. dr. Włodzimierzowi Antoniewiczowi za łaskawe użyczenie auli.

W Akademii Stomatologicznej wyjątkowo w tym roku odbywa się z opóźnieniem promocja jej wychowanków. Zwłoka ta nastąpiła wskutek braku ostatecznego zarządzenia władz nadzorczych w sprawie tytułu dla kończących Akademię Stomatologiczną.

Zdaniem profesorów Akademii, tytuł ten winien był wypływać z nazwy uczelni i faktycznego zakresu studiów. Zainteresowane Ministerstwa jednak nie podzieliły tego stanowiska. Po dłuższym rozważaniu zapadła decyzja utrzymania nadal dotychczasowego tytułu,

przy czym Ministerstwo W. R. i O. P. oświadczyło, że „nie może uznać za wskazane zastąpienie nazwy ogólnie przyjętej i zrozumiałej nazwą zaledwie od niedawna „modną“ i że „zadanie swe natomiast widzi w trosce o to, by szkoła miała jak najlepsze warunki rozwoju i dawała jak najgruntowniejsze wykształcenie swym wychowankom. Tym zaś z pomiędzy nich, którzy mają aspirację pracy naukowej, będzie dana możność uzyskania stopnia doktora“.

Żałować należy, że sprawa ustalenia tytułu zajęła tyle czasu, pochłaniając dużo energii zarówno personelowi naszej uczelni, jak i czynnikom decydującym i w rezultacie nie doprowadziła do rozwiązania zadawalniającego wszystkich; grono zaś absolwentów naraziła na duże przykrości, a nawet straty materialne, spowodowane nieposiadaniem dyplomu przez dłuższy okres czasu.

Natomiast należy podnieść z całym uznaniem, że Ministerstwo W. R. i O. P. jednak w sprawie nie tytularnej, lecz istotnej, dało wyraz swej życzliwej opieki nad rozwojem Akademii Stomatologicznej, przyznając jej dekretem z dnia 17 grudnia 1936 r. pełnię praw uczelni akademickiej, czyli nie tylko prawo udzielania stopnia naukowego doktora, ale również i kreowania docentów.

Każdy więc absolwent Akademii Stomatologicznej obecnie na podstawie rozprawy doktorskiej może uzyskać tytuł doktora.

Będzie to niewątpliwie doskonałym bodźcem dla młodzieży do usilnej pracy naukowej i przez to do rozwoju w Polsce jednej z największych i najważniejszych dziedzin wiedzy i sztuki lekarskiej.

Na początku roku szkolnego, jako Rektor Akademii Stomatologicznej, dokonałem aktu imatrykulacji młodzieży; niestety, z pośród 543 kandydatów, pragnących wstąpić na studia do Akademii, nie mogło być przyjętych więcej niż 109 osób, czyli tylko każdy 5 kandydat.

To też podczas imatrykulacji pozwoliłem sobie wskazać usilnie na to, aby przyjęci jako słuchacze Akademii dołożyli wszelkich starań, celem należytego korzystania z przyznanych im miejsc i możności kształcenia się w uczelni.

Dla absolwentów Akademii Stomatologicznej zaś, którzy ukończyli obecnie studia, nadeszła dziś chwila uroczysta, kiedy otrzymują dyplom z rąk Rektora i opuszczają uczelnię, aby wejść w życie praktyczne.

Jestem przekonany, że każdy z tych dyplomantów jest dobrze przygotowany do obranego zawodu i uświadomił sobie w całej pełni starożytną dewizę lekarską „Salus aegroti suprema lex esto“.

W tej myśli wzywam ich do złożenia ślubowania, które mam zaszczyt przeczytać, oraz, aby przez podanie mi ręki, zobowiązali się do dotrzymania tego ślubowania przez całe życie.

Ślubowanie brzmi: „Przyjmując z wdzięcznością uprawnienia lekarza-dentysty, nadane mi przez Akademię Stomatologiczną i zdając sobie w pełni sprawę z wysokiej wagi obowiązków, wkładanych na mnie tym tytułem, ślubuję uroczyście:

„W ciągu całego mego życia niczym nie splamić zawodu, w który dziś wstępuję. Obiecuję nieść jak najstaranniejszą pomoc o każdej

porze zwracającym się do mnie chorym, święcie zachowywać powierzone mi tajemnice zawodowe i nie nadużywać nigdy pokładanego we mnie zaufania. Obiecuję pracować nadal nad pogłębieniem swej wiedzy, dążąc usilnie do jej rozwoju i niczego nie tając, dzielić się zawsze wynikami wszelkich moich badań naukowych. Obiecuję dbać o wysoką etykę zawodu, a względem kolegów i koleżanek być zawsze sprawiedliwym i nigdy nie obrażać ich czci. Równocześnie zaś, o ile zajdzie tego konieczność ze względu na dobro chorego, będę mówił otwarcie szczerą prawdę. W skomplikowanych dla mnie przypadkach obiecuję zwracać się o poradę do lekarzy, posiadających większe ode mnie praktyczne doświadczenie i wiadomości, a jeżeli będę wezwany do konsylium, postaram się oddać sumiennie pełną sprawiedliwość ich zasługom i staraniom".

Z myślą, że słowa te zostaną należycie ocenione i zapisane na zawsze w umysłach i sercach dyplomantów, składam im najgorętsze życzenia owocnej i pożytecznej pracy dla dobra zdrowia społeczeństwa polskiego.

Kończąc na tym zagajenie, mam zaszczyt prosić ustępującego Pana Rektora, Prof. d-ra Romana Nitscha, o zabranie głosu.

SPRAWOZDANIE

za rok akademicki 1935/36
ówczesnego Rektora,
Prof. d-ra ROMANA NITSCHA.

Sprawozdanie z działalności Akademii Stomatologicznej za rok akad. 1935/36 przypadło mi w udziale, jako ówczesnemu Rektorowi. Obowiązki te przyjąłem w roku szkolnym 1933/34 w tej wierze, że w czasie mej kadencji uda się zrealizować stałe dążenia władz uczelni, polegające na urządzeniu jedynej w Polsce szkoły lekarsko-stomatologicznej we własnym gmachu, dostosowanym do wymagań nowoczesnej nauki. Danie stomatologii odpowiednich warunków lokalowych przyczyniłoby się wybitnie do podniesienia poziomu nauczania, który pomimo napotykanych trudności naogół nie daje się wyprzedzić zagranicy, a w niektórych wypadkach nawet stoi wyżej. Nadzieje te nie spełniły się, nie tracę jednak otuchy, że przy polepszeniu się koniunktury finansowo-gospodarczej w kraju, Ministerstwo W. R. i O. P. doceni potrzebę wybudowania gmachu dla Akademii Stomatol. i wieloletnie starania władz szkolnych uwzględni.

Rok sprawozdawczy, po za troskami o własny gmach szkolny, miał za zadanie dalsze zreformowanie studiów w kierunku przedłużenia trwania ich do lat 5, przy zwiększonej liczbie przedmiotów wykładanych. Dokładne opracowanie nowego programu i związane z tym pertraktacje z upatrzonymi przyszłymi wykładowcami zajęło sporo czasu, doprowadziło jednak do przedstawienia Ministerstwu W. R. i O. P. w miesiącu styczniu 1936 r. projektu planu reformy studiów. Przed

ukończeniem się mej kadencji plan ten nie został zatwierdzony przez Ministerstwo.

Do niepomyślnych wyników w czasie mego urzędowania zaliczyć muszę niewydanie przez Ministerstwo W. R. i O. P. rozporządzenia, zapowiedzianego w art. 57 ust. 2 ustawy z dn. 15.III. 33 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. Nr. 29 poz. 247), mocą którego byłyby zniesione pewne ograniczenia, stosowane do Akademii Stomatologicznej. Sprawa ta doczekała się jednak załatwienia pomyślnego dla uczelni wkrótce po moim ustąpieniu.

Przystępując do przedstawienia niektórych szczegółów, z ważniejszych zdarzeń w uczelni, muszę zakomunikować, że obsadzenie na stałe katedry ortodoncji i dentystyki zachowawczej, przyjęło zdecydowany charakter. Wniosek na obsadzenie katedry ortodoncji został przedstawiony Ministerstwu 21.X. 935 r. Na profesora nadzwyczajnego wybrany został Doc. dr M. Zeńczak. Co się tyczy katedry dentystyki zachowawczej, to Rada Profesorów, nie mogąc się zdecydować na wybór między 2 kandydatami, uchwaliła w marcu 1936 r. odłożyć sprawę na 1 rok. I ta jednak sprawa została w obrębie Akad. Stomatol. załatwiona wcześniej, choć już nie za mojej kadencji, z powodu zrzeczenia się jednego kandydata.

Dr. W. Cybulski, zast. profesora, złożył podanie o habilitację na Wydziale Lekarskim Uniw. J. Piłsudskiego.

Na stanowiskach pomocniczych sił naukowych zmiany ograniczyły się do wystąpienia pp. lek.-dent.: Grodnera Kazimierza, Merklejn-Kucharskiej Marii, Ostaszewskiej Klementyny, żmudzkiej Janiny i przyjęciu na ich miejsce: Gąsowskiej Jadwigi, Morawskiego Jerzego, Szaniawskiej Marii i Wagnerowej Jadwigi. P. Lek.-dent. Janusz Krzywicki przeszedł z kat. Chirurgii Stomatologicznej do kat. Dentystyki Zachowawczej.

Z liczby st. woźnych ubył ś. p. Antoni Klimczewski, który zmarł w dn. 29.VII. 36 r., przepracowawszy w szkole 15 lat.

Ciało profesorskie, po za swoimi bezpośrednimi obowiązkami nauczania, wiele czasu poświęciło pracy w komisjach, których posiedzeń odbyło się ogółem 34 w ciągu roku, a mianowicie:

Zebrań Ogólnych Profesorów	7
Komisji Stypendialnej	2
„ Klinicystów	8
„ Programowej	3
„ Budżetowej	2
„ Obsadzenia katedr	4
„ Ekspertów sądowych	3
„ innych	5

Z przykrością wspomnieć muszę, iż rok sprawozdawczy zaznaczył się powstaniem fermentu wśród młodzieży 1. i 2. roku, co spowodowało pociągnięcie do odpowiedzialności dyscyplinarnej kilku osób. W wyniku przeprowadzonych dochodzeń i rozpraw dyscyplinarnych, udzielono upomnienia 2 studentom, relegowano 1 studentkę, nie zakończono

jeszcze 1 sprawy. W osądzaniu spraw brali udział sędziowie dyscyplinarni pp.: prof. dr M. Konopacki i doc. dr K. Kaczyński, a w jednym wypadku nawet Komisja Odwoławcza w składzie: Przewodniczący p. prof. dr J. Modrakowski, członkowie pp.: prof. dr M. Grzybowski i doc. dr C. Pawłowski. Jako audytor występował p. Z. Groszewski, Kierownik Sekretariatu.

W roku ubiegłym studiowało 515 osób, z czego na poszczególne kursy przypadało: na I rok — 127 stud., na II rok — 125 stud., na III rok — 119 stud., na IV rok — 144 stud.

Do egzaminu kwalifikacyjnego zgłosiło się około 500 kandydatów, z których przyjęto na 1. rok — 109 studentów.

Wynik przeprowadzonych w ciągu roku egzaminów jest następujący:

na I roku:	Zdało wszystkie egzaminy	111	stud.
	Pozostało na drugi rok na tym samym kursie	14	„
	Zrezygnowała ze studiów	1	„
	Skreślona z listy studentów z powodu nieuczęszczania i nieuregulowania opłat	1	„
na II roku:	Zdało wszystkie egzaminy	112	„
	Pozostało na drugi rok na tym samym kurs.	11	„
	Utraciło prawo studiów z powodu powtarzania kursu i niezdania egzaminów	2	„
na III roku:	Zdało wszystkie egzaminy	108	„
	Pozostało na drugi rok na tym samym kursie	11	„
na IV roku:	Zdało wszystkie egzaminy dyplomowe	122	„
	Nie zdało całkowitego egzam. dyplom. ...	12	„
	Dopuszczono do egzaminu w marcu 1937	4	„
	Powtarza IV. rok studiów	6	„
	Ponadto uzupełniło egzamin dyplomowy 21 absolwentów z r. akad. 1934/35.		

Otrzymuje dyplomy Akademii Stomatologicznej 105 absolwentów z 1935/36 (1 zmarł przed wydaniem dyplomów); z 1934/35 otrzymuje dyplomy Akademii Stomatologicznej 21 absolwentów. Nostryfikację dyplomów zagranicznych otrzymuje 16 osób.

Dyplomy z odznaczeniem otrzymują: Kafliński Marian i Mondalska Teresa.

Niezamożnym a pilnym studentom władze szkolne przychodziły z pomocą materialną w postaci czy to stypendium, czy zapomogi zwrotnej lub bezzwrotnej, czy też pożyczki lub odroczenia opłat studenckich.

Z pełnych stypendiów, t. j. 120 złotych miesięcznie korzystało 4 stud., z pół stypendiów — 17 stud., z pożyczek na ogólną sumę zł. 4.100 — 53 stud., z zapomóg bezzwrotnych na ogólną kwotę zł. 5.000 — 62 stud., z odroczenia części opłat rocznych, stanowiącej kwotę zł. 29.647 — 256 stud.

Hormony przeto są to wysokoczynne substancje, na stały dopływ których, szczególnie w nadmiarze, ustrój reaguje w dający się prawie zupełnie dokładnie z góry przewidzieć sposób.

Niektórzy uczeni, jak np. Hoskins, Umber i inni, zaliczają hormony do rzędu katalizatorów t. j. ciał, bez których pewne ważne dla życia procesy nie mogłyby się odbyć, względnie odbywałyby się być może w inny sposób.

Działanie hormonów było znane zresztą bardzo dawno, np. wśród ludów czerwono- i czarnoskórych, a także wogóle kolorowoskórych. Naturalnie nie zdawano sobie sprawy z tych zjawisk w sposób naukowy według pojęć nowoczesnych, natomiast zupełnie dobrze uprzytamniano, że w pewnych narządach kryją się jakieś tajemne „siły“, mogące wywoływać określone stany i stąd pochodziły obyczaje pożerania serc poległych walecznych wrogów w celu przyswojenia sobie ich walorów wojennych, obrząd wymiany krwi pomiędzy zaprzyjaźnionymi wodzami — wreszcie pożeranie wnętrzności lwa, tygrysa, jelenia i t. p., aby przyswoić sobie cechy tych zwierząt.

W wiekach średnich przyrządzanie różnych napojów magicznych z narządów ludzkich i zwierzęcych miało na celu wywoływanie różnych efektów psychicznych, co, o ile zostało osiągnięte, mogłoby być tłomaczone działaniem hormonów w tych narządach zawartych.

U schyłku średniowiecza powstają teorje, w ówczesnym pojęciu naukowo rozbudowane, które twierdzą, że wszystkie choroby powstają na skutek tego, że ustrojowi brak pewnych substancji, które są mu dostarczane przez pewne z góry określane narządy. Brakujące materie muszą być więc dostarczane z zewnątrz sztucznie. W ten sposób powstał dział lecznictwa zwany „opoterapią‘, którego przedstawicielami byli Celsius i Dioscorides.

Tak np. w schorzeniach wątroby podawano wątrobę wilka, a mózg zajęczy przy nerwowości i t. p.

Możliwości podobnego leczenia znajdują swój oddźwięk nawet i w literaturze beletrystycznej np. wzmianka o napoju piekielnym w Mackbecie.

Nowoczesna hormonologia jest miejscami bardzo ściśle związana ze starą opoterapią.

Cały szereg bardzo ważnych odkryć w tej dziedzinie zawdzięczamy Brown-Séquardowi. Dzień 31 maja 1889 roku, gdy Brown-Séquard podał wyniki swych badań w Towarzystwie Biologicznym w Paryżu, uważany jest za jedną z ważniejszych dat w rozwoju Medycyny. W tym dniu, jak mówi Hoskins, narodziła się Endokrynologia.

Wyniki badań Brown-Séquard‘a były tak frapujące, że cały świat Nauki zainteresował się tym problemem.

Odkrycie było tak wielkim, że inne nie mniej ważne sprawy, jak np. odkrycie z dziedziny bakteriologii odeszły na plan dalszy.

Dzięki zdobyczom endokrynologii, gdyż tak od tego dnia należy nazywać ten dział medycyny, zrozumieliśmy, że wszelkie nasze przeżycia czy to fizjologiczne, czy to patologiczne bez względu na to, czy należą one do szeregu fizycznych, czy psychicznych, nawet najwyż-

szego szeregu, w ogromnej mierze, jeżeli nie wyłącznie, zależne są od funkcji gruczołów wewnętrznego wydzielania. Nie zmniejszając ważności odkryć Brown-Séquard'a, należy podkreślić, że w swej Historii Nauki o Wewnętrznym Wydzielaniu Garrison wspomina, iż spotkał w literaturze zupełnie dokładny traktat nadwornego lekarza Ludwika XV, Théophila Bordena o wewnętrznym wydzielaniu.

Borden ze swej strony opierał się na Humoralnej Patologii Hipokratesa. Przewodnią teoretyczną myślą tych wywodów było, że gruczoły i narządy ustroju ludzkiego wytwarzają substancje, które drogą krwi rozchodzą się po całym ustroju i w ten sposób utrzymują go przy życiu w najszerszym tego słowa znaczeniu.

W ślad za teoretycznymi rozumowaniami poszły i doświadczenia naukowe, które zapoczątkował jeszcze Berthold.

Z wielką dozą prawdopodobieństwa można przyrównać gruczoły wewnętrznego wydzielania do fabryk chemicznych, w których surowiec dostarczany ze krwi jest przerabiany na hormony i ponownie, już tej postaci, jest oddawany ustrojowi drogą krwi.

Pomimo możności eksperymentowania Berthold wnosił w swe wywody wiele fantazji. Dlatego też nie należy się dziwić, że późniejszy nieco badacz, Parry, nie chce się zgodzić na różne wywody Bertholda i próbuje w sposób nieco średniowieczny tłomaczyć sobie różne objawy patologiczne pewnego schorzenia, które spotyka u swych pacjentów, a które później opisze pod mianem choroby Basedowa, rozstrzygając tym samym spór co do genezy tego schorzenia.

Również i inne jednostki chorobowe były zaobserwowane wcześniej, ale właściwe wyjaśnienie ich genezy nastąpiło później.

Tarczyca i przysadka mózgowa były bodaj pierwszymi gruczołami wewnętrznego wydzielania, których działalność najwcześniej została uznaną nie za mit, a za zupełnie realny fakt. Później zaczynają się mnożyć dalsze odkrycia: Tak w roku 1855 Pierre Marie odkrywa akromegalię, a Addison opisuje chorobową jednostkę, która nosi jego imię.

Z biegiem czasu naturalnie nie wystarczało opisać jakąś jednostkę chorobową i nawet udowodnić jej łączność z tym lub innym gruczołem wewnętrznego wydzielania, zaczęto się domagać dokładnych wyjaśnień mechanizmu powstawania tych schorzeń. Tak w literaturze spotykamy około roku 1848—1850 nazwisko Claude-Bernard'a, który wyjaśnił mechanizm przetwarzania glykogenu w dekstrozę i roli, jaką w tym procesie odgrywa wątroba.

Zasługą Claude-Bernard'a będzie to, że on pierwszy udowodnił, iż można zaobserwować dokładnie i realnie pewne procesy fizjologiczne, które dotychczas były uważane conajmniej za fantastyczne.

Idąc dalej w swych obserwacjach i rozumowaniach, widzimy, że u zwierząt niższych, u których system nerwowy nie jest tak wysoce wykształcony, jak u ludzi, jednak możemy stwierdzić w pewnych okolicznościach podobne zaburzenia, jak i u człowieka, — jeszcze jeden dowód więcej, że muszą tu działać inne jeszcze czynniki, a tymi muszą być jednak gruczoły wewnętrznego wydzielania.

Jeżeli zastanowimy się nad tym, co nas, lekarzy-dentystów, może w zakresie hormonologii interesować, to musimy przyjść do wniosków, że będą to dwa zakresy, a mianowicie:

1-o wpływ gruczołów wewnętrznego wydzielania na system nerwowy i przez to pośrednio na uzębienie ludzkie, jak również

2-o stosunek gruczołów wewnętrznego wydzielania do budowy osobnika wogóle, co może już bezpośrednio odbić się na uzębieniu ludzkim.

Rozwijając powyższe możemy powiedzieć, że oczekujemy wraz z zaburzeniami w funkcjach gruczołów wewnętrznego wydzielania zmian patologicznych w samym uzębieniu, a więc w budowie szkliwia i zębiny oraz w najbliższym otoczeniu, głównie w okołozębiu i szczękach.

Gdy mowa o gruczołach wewnętrznego wydzielania, oczy wszystkich badaczy zwracają się zazwyczaj w kierunku przysadki mózgowej, która jest uznawaną przez wielu uczonych jak np. Kemp, Okkels i inni za gruczoł wielohormonalny.

Tak np. przy takich schorzeniach jak akromegalia lub choroba Simmond'a, powstają między innymi pewne zmiany w budowie kości szczękowych, co już wkracza w dziedzinę zainteresowań naszych jako lekarzy-dentystów. Zmiany, które obserwujemy np. w chorobie Simmond'a, będą następujące: zanik szczęk oraz wypadanie zębów; również zauważymy zcieńczenie i zanik języka i dziąseł, przeważnie brodawek międzyzębowych.

Lichtwitz, obserwując zjawiska patologiczne występujące, jako zaburzenia w funkcji przysadki mózgowej jak np. nadmierna długość dolnych kończyn, lub chloroza, przyszedł do wniosku, że te zaburzenia mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu patogenezy takiego zespołu objawów lub jednostki chorobowej, jaką jest paradontoza.

Opierał się on tutaj i na tym, że niektórzy patolodzy odróżniają taką postać jak arthritis pochodzenia endokrynologicznego, przy którym wypadają włosy i zęby.

Jeżeli mówimy o zjawiskach takich, jak zmiana koloru włosów lub wypadanie włosów i zębów, co zazwyczaj bywa uznawane dość często za cechę starości, to niepodobna zapomnieć o pracach Woronowa, Alexandrescu i innych. Jednak ci uczeni nie podają w wynikach swych obserwacji (podług Kranza-Fortschritte d. Zahnheilkunde 1931), tego co zauważyli w szczękach lub zębach, co należy z żalem podkreślić.

Hoskins badał eksperymentalnie następstwa usunięcia gruczołów przytarczycowych i zauważył, że łamliwość zębów jest powiększoną, a więc ich wytrzymałość jest w tych wypadkach znacznie zmniejszoną.

Gdy mowa o hormonach, mimowoli myśl nasza zwraca się do tej jednostki chorobowej, którą jeszcze niektórzy błędnie nazywają ropociekiem zębodołowym. **Tu należy zacytować Biedl'a i Doppler'a, któ-**

rzy jako efekt współtowarzyszący operacjom Steinacha widzieli przypadki wyleczenia ropocieku zębodołowego.

Przy rozpatrywaniu działania hormonów na sprawy okołozębia spotykamy u Kranza (Fortschritte d. Zahnheilkunde 1930) co następuje: Wpływ tarczycy w wielu przypadkach paradontozy jest zupełnie wyraźny. Następnie, gdy zwrócimy uwagę na przypadki paradontozy u osób płci żeńskiej (gdzie schorzenie to występuje statystycznie częściej), to musimy przyjść do wniosku, że zaburzenia w funkcji gruczołów płciowych wyraźnie zaznaczają swoją działalność. Jeżeli tak się może przedstawiać rola hormonów w ogólności, jeżeli widzimy i w części szczegółowej, że wpływ hormonów w dziedzinie dentystyki może być wyraźnie zaznaczony, czy to bezpośrednio na zębach, czy też w okołozębiu, to widzimy, że możnaby mówić o wprowadzeniu odpowiednich hormonów do terapii w naszej specjalności, jak również może moglibyśmy wyświetlić wiele rzeczy dotychczas jeszcze nieznanych.

W tym pojęciu nabierają dla nas specjalnego znaczenia myśli zawarte w przemówieniu Loosa wygłoszonym na Zjeździe w Berlinie w roku 1935 pod tytułem: „Trofoneuroza w etiologii paradontozy“.

Prelegent twierdzi, że trofoneuroza może tu wiele wyjaśnić; wychodzi on z założenia podanego jeszcze przez Weski'ego, a ujętego w swego rodzaju wzór matematyczny, który głosi, że **suma zewnętrznych i wewnętrznych zaburzeń, pomnożona przez skłonności zapalne-dystroficzne, daje paradontozę.**

Rozwijając ten wzór, nie możemy sobie nie uprzytomnić, że mamy tutaj do czynienia z niedomogą tkanek okołozębia, niedomogą, która się łączy z zanikami, mającymi ze swej strony w podłożu zaburzenia dystroficzne.

Jeżeli jeszcze przyjmiemy, że należałoby może różniczkować pomiędzy paradontopatią, a paradontozą właściwą, to wtedy w całości obrazu znajdziemy i dla błądzącego zaniku, zaniku zwanego przez Gottlieba, zanikiem rozlanym, zupełnie jasne tłomaczenie.

Widzimy więc, że pojęcie trofoneurozy obejmuje te wszystkie momenty, które sprowadzałyby się do pojęcia upośledzenia odżywiania, do braku witamin. Ponieważ niektórzy autorzy jak Bomskow, Umber, Bansi i wielu innych, uważają, że witaminy są to hormony świata roślinnego, względnie prahormony, możemy przyjąć, że nie ma rozbieżności w tym, co mówimy o znaczeniu hormonów wogóle, a w dentystyce w szczególności.

Prawdopodobnie, opierając się na tych wywodach, Entin przeprowadził eksperymentalne doświadczenia w kierunku wywołania między innymi eksperymentalnej paradontozy lub jak on to nazywa — paradontopatii.

Entin w swych doświadczeniach wychodził z założenia, że okolica guza szarego jest uznaną za ośrodek fizyko-chemicznej pracowni ustroju.

Rzeczywiście uważamy, że tam obecnie odbywa się regulacja całej przemiany materii, a mianowicie tłuszczowej, węglowodanowej, białkowej i wodnej.

Sprawdzenie związku, jaki bezwarunkowo istnieje pomiędzy czynnością szarego guza a obwodowym systemem nerwowym, wykonywał Entin według metody Sperańskiego.

Jeżeli przyjąć, że zaburzenia te prowadzą do procesów trofoneurotycznych w narządzie, którego zmiany anatomiczne są związane z odpadaniem jakiegoś rodzaju przemiany materii, to studiowanie zmian tych będzie wskaźnikiem, według którego możemy sądzić o całości procesu.

Jako miernik w danym przypadku mogą służyć np. kość, a jeszcze lepiej ząb, w biologii i patologii, którego mineralna przemiana materii odgrywa dużą rolę.

Doświadczenia Entina wskazały, że pewne podrażnienia guza szarego wywołują w twardych tkankach zębów takie zmiany, jakie spotykamy klinicznie w przebiegu paradontozy i których etiologia jeszcze jest nam naogół mało znaną.

Zmiany te są prawdopodobnie następstwami pewnych odchyleń w mineralnej przemianie materii, które są uwarunkowane zaburzeniami trofoneurotycznymi.

Objawy trofoneurotycznych zaburzeń względnie odchyleń w zakresie jamy ustnej względnie uzębienia, stwierdzone przez Entina w jego doświadczeniach, nie były zbyt silne, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie stwierdzono w okołozębiu wynaczynienia. Natomiast analiza chemiczna kości i zębów wykazywała jednak wyraźniejsze zmiany: zauważono pomniejszenie fosforu i wapnia, natomiast zwiększenie manganu i sodu.

Co się tyczy wpływu czynników trofoneurotycznych bezpośrednio na zęby, to i tu zauważono pewne odchylenia występujące nie mniej wyraźnie.

Należy podkreślić, że w szkliwiu odchylenia w zawartości pewnych ciał chemicznych są mniej więcej pod względem jakościowym jednakowe, wtedy gdy w zębinie charakterystyczne dane możnaby ująć w pewien system tylko w stosunku do wapnia i sodu.

Widzimy więc, że jednak troficzne zaburzenia mają zupełnie określony wpływ między innymi i na uzębienie ludzkie, a na nie wpływają, jak to widzieliśmy, — hormony i witaminy.

Kończąc musimy sobie uprzytomnić, że hormony mogą mieć znaczenie nie tylko w leczeniu pewnych schorzeń w Dentystyce, które dotychczas zaliczaliśmy do spraw nieuleczalnych, lub trudno uleczalnych, ale że dalsze doświadczenia w tej dziedzinie mogą nam rzucić światło na genezę tych zjawisk i wreszcie dać trwałe podstawy do klasyfikacji i nomenklatury; dość tylko przytoczyć troficzną teorię próchnicy Beretty i Retterere'a lub znaczenie w rozwoju próchnicy endogennej koncentracji jonów wodorowych według teorii Łukomskiego.

Obsadzenie na stałe Katedry Ortodoncji w Akademii Stomatologicznej.

Z dniem 1. stycznia 1937 r. mianował Pan Prezydent Rzeczypospolitej dra med. M a r i a n a Z e ń c z a k a, zastępcę profesora i kierownika katedry ortodoncji w Akademii Stomatologicznej w Warszawie oraz docenta stomatologii Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego



p r o f e s o r e m n a d z w y c z a j n y m o r t o d o n c j i w Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Prof. dr M a r i a n Z e ń c z a k urodził się dnia 7. września 1891 roku w Leszczynach (powiat Dobromil, województwo lwowskie).

Nauki początkowe pobierał w Drohobyczu, do szkoły średniej uczęszczał w Drohobyczu i Stryju, gdzie też w roku 1909 uzyskał świadectwo dojrzałości.

Po ukończeniu szkoły średniej wstępuje prof. Zeńczak na wydział lekarski uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, gdzie po studiach w latach 1909—1914 uzyskuje absolutorium medycyny.

W wyższych klasach szkoły średniej oraz w czasie studiów uniwersyteckich bierze Prof. Zeńczak czynny udział w tajnych organizacjach o ideologii niepodległościowej grupujących się pod znakiem „Teki".

Z chwilą wybuchu wojny światowej zostaje prof. Zeńczak powołany do wojska austriackiego.

Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskuje dnia 20.II 1915 r. w Uniwersytecie w Pradze.

Dnia 2 czerwca 1915 roku dostaje się Profesor do niewoli rosyjskiej, w której przebywa do końca 1918 roku. W okresie niewoli pracuje w szpitalu dla jeńców w Orenburgu, pełniąc równocześnie funkcje lekarza miejskiego w obozie koncentracyjnym dla Polaków wysiedleńców.

W końcu 1918 roku wstępuje prof. Zeńczak do formujących się oddziałów V-ej Dywizji Wojska Polskiego na Syberii, w których pełni początkowo obowiązki lekarza baonowego, a następnie ordynatora szpitala wojskowego.

W owym szpitalu organizuje i prowadzi ambulatorium dentystyczne.

1. lipca 1920 r. powraca Profesor do kraju i otrzymuje przydział do Szpitala Okręgowego w Grudziądzu w charakterze kierownika ambulatorium detystycznego.

Na skutek reklamacji Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie zostaje prof. Zeńczak zwolniony z wojska i mianowany od dnia 16 stycznia 1922 r. asystentem kliniki dentystycznej w Uniwersytecie J. K. we Lwowie. Funkcje asystenta sprawuje Profesor do dnia 1. stycznia 1924 r., w którym to dniu obejmuje stanowisko zastępcy profesora w ówczesnym Państwowym Instytucie Dentystycznym, obecnie Akademii Stomatologicznej, otrzymując jednocześnie kierownictwo Katedry Protetyki Dentystycznej. Z chwilą utworzenia Katedry Ortodoncji dnia 1 września 1925 r. prof. Zeńczak zostaje powołany na jej kierownika, które dotychczas piastuje bez przerwy.

W roku 1931 przebywa prof. Zeńczak na studiach zagranicą t. j. w Pradze, Berlinie, Wiedniu i Bonn.

Dnia 12.X. 1934 r. uchwaliła Rada Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego habilitację profesora Zeńczaka, jako docenta stomatologii na Wydziale Lekarskim. Habilitację zatwierdza Pan Minister W. R. i O. P. dnia 22. stycznia 1935 r.

Z datą 1. stycznia b. r. zostaje prof. Zeńczak mianowany profesorem nadzwyczajnym Katedry ortodoncji w Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Prof. Zeńczak opublikował dotychczas drukiem następujące prace:

1. Spostrzeżenia kliniczne nad metalem Wipla i jego stosowaniem w aparatach regulacyjnych. Ks. Pam. Polsk. Stom. w r. 1931. Str. 28.
2. Racjonalne wyciski dla dostawek płytkowych. Prz. Dent. 1931 r. Str. 66.
3. Kilka uwag o postępowaniu leczniczym przy zgorzeli w zębach. Prz. Dent., 1931 r. Str. 50.
4. Diatermia w zastosowaniu leczniczym schorzeń miazgi. Prz. Dent. 1932. Str. 52.
5. Elektroliza w protetyce dentystycznej. Prz. Dent. 1934. Str. 16.
6. Stal nierdzewiejąca chromoniklowa „Wipla“ jako materiał protetyczny. Prz. Dent. 1934. Str. 23.
7. Ujemny wpływ nieprawidłowości zgryzowych na ustrój. Prz. Dent. 1934 r. Str. 12.
8. Teorie artykulacyjne, a praktyka protetyczna przy bezzębiu. Prz. Dent. 1935 r. Str. 55.
9. Usuwanie zębów mlecznych i stałych w ortodontycznych zagadnieniach. Prz. Dent. 1935. Str. 24.
10. Zniekształcenia szczękowe na tle krzywicy. Spr. Ak. Stomat. za rok 1934/5. Str. 11. Dw. Stom. 1936.
11. Znieczulenie zębiny według Hartmana. Prz. Stomat. 1936. Str. 5.
12. O zawodzie lekarsko-dentystycznym. Dwum. Stom. 1937 r. Str. 7.

Z pracą naukową profesora Zeńczaka ściśle zespolona jest Jego działalność pedagogiczna. Jako kierownik katedry protetyki dentystycznej Profesor kładł szczególny nacisk na praktyczne opanowanie przedmiotu przez studentów, a to celem uniezależnienia przyszłych lekarzy dentystów od techników. Równie wysoko pod względem pedagogicznym i naukowym stały wykłady teoretyczne Profesora Zeńczaka, odznaczające się ścisłością i jasnością.

Prof. Zeńczak, jako jeden z najwybitniejszych znawców protetyki, oparł swą działalność naukowo-pedagogiczną na fundamentalnej maksymie, że nauka protetyki związana jest ściśle z praktyką, z niej pochodzi i jej służy.

Po objęciu katedry ortodoncji, Profesor poświęca temu działowi wiele wysiłków i studiów, zdobywając zasłużenie w Polsce opinię jedynego specjalisty w tej dziedzinie.

Pod kierunkiem Prof. Zeńczaka kształci się w Akademii pierwszy zastęp lekarzy dentystów w zakresie ortodoncji, przedmiocie, jak wiadomo, b. trudnym. I w tym dziale wyniki pedagogiczne osiągnięte przez Prof. Zeńczaka są zadziwiające.

Dodajmy do tego cechującą Prof. Zeńczaka troskliwość i zrozumienie dla spraw młodzieży, Jego bujną działalność odczytową, a otrzymamy sylwetkę naukowca, który wytrwałą pracą i osią-

gniętymi sukcesami wpisał się trwałymi zgłoskami w złotą księgę dentystyki polskiej.

Życzymy Panu Profesorowi długich lat owocnej pracy naukowej i pedagogicznej na stanowisku profesora i sądzimy, że życzenia nasze podziela liczne grono uczniów Pana Profesora oraz Jego liczni, wdzięczni Mu pacjenci, których otacza specjalną i niestrudzoną opieką.

Juliusz Konstantin.

Nowy docent stomatologii.

Doc. dr. med. Witold Cybulski, urodził się w r. 1890 2.I, w Krakowie. Jest narodowości polskiej, wyznania rzymsko-katolickiego. W roku 1908 ukończył II gimnazjum w Krakowie. Studia lekarskie odbywał na uniwersytetach w Gracu (Austria), Lwowie, Wiedniu, w latach 1908 — 1914. W r. 1915 otrzymał dyplom doktora medycyny w Krakowie.

Od 1.IV. do 1.X. 1911 odbywał obowiązkową służbę ochotniczą w wojsku austriackim. Od jesieni 1911 r. do maja 1912 r. zajmował stanowisko demonstratora, a od maja 1912 r. aż do powołania do służby wojskowej w czasie wojny światowej — do r. 1914 stanowisko asystenta przy katedrze fizjologii w Uniwersytecie J. K. we Lwowie. Służbę wojskową w czasie wojny światowej odbywał w wojsku austriackim częściowo w szpitalach polowych, częściowo jako lekarz przy oddziałach polowych. Z chwilą powrotu do Polski po odzyskaniu niepodległości państwa, przeszedł do służby w Wojsku Polskim w stopniu porucznika lekarza. W roku 1920 awansował na kapitana lekarza ze starszeństwem z r. 1918. W r. 1921 przeszedł do rezerwy W. P. w stopniu kapitana lekarza. Z dniem 1.XI. 1921 r. został mianowany starszym asystentem, a z dniem 1.III. 1922 r. adiunktem przy katedrze chirurgii stomatologicznej w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie. W r. 1929 od 1.X objął kierownictwo katedry protetyki dentystycznej w Państwowym Instytucie Dentystycznym, dzisiejszej Akademii Stomatologicznej, które to stanowisko piastuje do dnia dzisiejszego.

W r. akademickim 1928/29 przebywał na studiach za granicą w Wiedniu i Berlinie jako stypendysta Funduszu Kultury Narodowej.

SPIS PRAC OGŁOSZONYCH DRUKIEM.

1. Zastosowanie diatermii w schorzeniach szczęk i jamy ustnej. (Polska dentystyka Nr. 9. 1923 r.).
2. O leczeniu spraw zapalnych ozębnej przez zastosowanie promieni Rentgena. (Pol. Przegl. Radiologiczny Z. 1 i 2 r. 1928).
3. Stomatitis bismutica (Polska Stomatologia 1931 Nr. 4 5, 6).



4. Zestawienie statystyczne pomocy dentystycznej w Polsce. (Kronika dentystyczna 1932 Nr. 5).
5. Dostawka podparta. (Kron. Dent. 1932 Nr. 2).
6. Zagadnienie protetyki dentystycznej, a życie codzienne. (Odbitka ze sprawozdania Akademii Stomatologicznej w Warszawie z r. 1933).
7. O zawodzie lekarsko - dentystycznym (Przegląd Dentystyczny 1934 Nr. 3).
8. Zastosowanie pochewkowych koron porcelanowych do zębów ćwiekowych (Przegl. dent. 1934 Nr. 5).

9. O sposobach utrwalania częściowych dostawek ruchomych. (Przegl. Dent. 1934 Nr. 10).
10. W sprawie szkół zawodowych dla techników dentystycznych. (Przegl. Dent. 1934 Nr. 11).
11. Sprawozdanie z działalności Kliniki Protetycznej Akademii Stomatologicznej za ostatnie pięć lat. (Przegl. Dent. 1934 r. Nr. 12).
12. Torbiel zawiązkowa, zawierająca cztery zęby niedokształcone nadliczbowe. (Przegl. Dent. 1935 r. Nr. 3).
13. Wpływ obróbki cieplnej na stopy złota w protetyce dentystycznej. (Przegl. Dent. 1935 r.).
14. Złoto (wykład). (Przegląd Dent. Nr. 11, 1935).
15. Przęsło usztywniające, przy mostach stałych, jego budowa, rola i stosunek do podłoża. (Przegl. Dent. Nr. 1, 1936).

Załączony przy niniejszym życiorysie spis prac wykazuje szeroką skalę zainteresowań autora. Obecnie mija osiem lat od objęcia przez doc. dr. med. W. Cybulskiego kierownictwa katedry protetyki. Na tej tak odpowiedzialnej placówce wykazał doc. C y b u l s k i pełne zrozumienie powierzonych Mu obowiązków, duże zdolności organizacji pracy, oraz godny pochwały zapał w podniesieniu i ugruntowaniu stanowiska protetyki w zespole nauk lekarskich.

Nowemu Docentowi składamy serdeczne życzenia dalszej owocnej pracy dla dobra polskiej nauki.

J. Konstantin.

———o———

Dział zawodowy

Do

JWielmożnego Pana Prof. D-ra Romana Renckiego
Prezesa Komitetu Organizacyjnego
XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich

we L w o w i e.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, po zapoznaniu się z treścią korespondencji, według brzmienia załączonych odpisów, jaka została przeprowadzona między Komitetem Organizacyjnym XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, a Gospodarzem Sekcji Stomatologicznej tegoż Zjazdu prof. Dr Cieszyńskim, oraz „grupą lwowską“ i „warszawską“ Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych — w sprawie Sekcji Stomatologicznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich mającego się odbyć w dniach 4—7 lipca b. r. we Lwowie, czuje się zmuszonym **stwierdzić z przykrością i ubolewaniem,** że **stanowisko** urządzenia VIII Polsk. Zjazdu Stomatologicznego **oddzielnie, a nie w ramach XV Zjazdu Lek. i Przyrodni-**

ków Polskich zajęte przez prof. Dra Cieszyńskiego jako Gospodarza Sekcji Stomatologicznej i Przewodniczącego Stałej Del. Pol. Zjazdów Stomatologicznych, oparte poza nim wyłącznie na decyzji dwóch członków(!) tejże Delegacji (których prof. Dr Cieszyński nazywa szumnie „grupą lwowską"), jest:

1-o pogwałceniem przepisów Statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych;

2-o wyłamaniem się z wieloletniej tradycji współpracy świata lekarsko-dentystycznego ze Zjazdami Lekarzy i Przyrodników Polskich;

3-o widomym znakiem specyficznej, przez p. prof. Dra Cieszyńskiego pojętej, zasady solidarności;

4-o uzurpowaniem przez p. prof. Dra Cieszyńskiego prawa decyzji, przysługującego wyłącznie ciału zbiorowemu, a w danym wypadku — większości głosów — Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych;

5-o bezzasadnym — z uwagi na brak istotnych motywów;

6-o gorszącym dążeniem separatystycznym, wprowadzającym szkodliwe zamieszanie w pracach organizacyjnych XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, będących już na ukończeniu — Zjazdu, nad którym Wysoki Protektorat raczył objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej i na którym inauguracyjny wykład wygłosić ma Minister Rzeczypospolitej Prof. Świętosławski — Zjazdu, który ma za sobą chlubną, prawie 70-letnią tradycję żmudnej i ofiarnej pracy dla chwały nauki polskiej i dobra ludzkości.

że twierdzenie nasze w tej mierze jest w pełni uzasadnione — udowadniają objektywne rozpatrzenie załączonej w odpisach wzmiankowanej korespondencji—tudzież postanowienia Statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Decyzja urządzenia oddzielnego Zjazdu Stomatologicznego — przed terminem i nie w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, powzięta aż **przez trzy osoby** t. j. pp. prof. D-ra Cieszyńskiego, D-ra H. Bergera, D-ra St. Łubkowskiego (patrz pismo z dnia 19.V b. r. L. 100), nie wiąże Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stom., gdyż nie jest uchwałą zebrania tejże Delegacji i jako taka jest sprzeczna ze statutem.

Jeżeli idzie o motywy, którymi wyżej wymienieni Panowie osłaniają swoją, zresztą nieprawną decyzję, a mianowicie o trudności natury finansowo - gospodarczej, **to są one conajmniej śmieszne**, gdyż Komitet Organizacyjny XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, **wyraził gotowość** (pismo z 18.V L. 239/37) **pokrycia rzeczywistych wydatków** Sekcji Stomatol. Zjazdu w granicach kredytów, którymi będzie dysponował i po przedłożeniu do akceptacji odnośnych rachunków, **a słusznie zupełnie odmówił** żądaniu prof. Cieszyńskiego **przyznania „pogłównego"** od członków Stomatologii i Lekarzy Dentystów, mających wziąć udział w Zjeździe zwłaszcza, że p. prof. Cieszyński **zastrzegł**

sobie, jako dochód własny Sekcji Stomatologicznej **dochody z wpływów imprez tejże Sekcji** (np. wystawa).

Dziwnym musi się każdemu wydać ten szczegół „trudności finansowych“ **wyolbrzymiony do konieczności zerwania łączności z XV Zjazdem Lek. i Przyrodn. Polskich,** gdy się zważy nadto i fakt, **iż niezależnie od pokrycia rzeczywistych wydatków** Sekcji Stomatologicznej przez główny Komitet Organizacyjny Zjazdu Lekarzy i Przyr. Polskich, **Stała Delegacja rozporządza na cele urządzenia Sekcji Stomatologicznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich kwotą zł. 2.000** (dwa tysiące), **z której to sumy do chwili obecnej prof. Cieszyński pobrał na powyższe cele kwotę 1.200 zł.** od skarbnika Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych kol. Daniela Mesza.

Poza tym nie od rzeczy będzie nadmienić, że Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych jest z mocy Statutu instytucją o celach wyłącznie naukowych, a zjazdy naukowe przez nią urządzane nie mogą mieć za cel nagromadzanie kapitałów, lecz ograniczyć się wyłącznie do pokrycia realnych kosztów ze zjazdem związanych.

W wypadku (zresztą wątpliwym) powstania niedoboru z powodu niemożliwości pokrycia przez Gł. Komitet Organizacyjny wszystkich wydatków Sekcji Stomatologicznej — Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych pokryłaby ten niedobór z funduszów własnych, rozporządzając na cele zjazdowe w chwili obecnej kwotą zł. 2.000.

W TYCH ZATYM WARUNKACH NIC ZGOŁA NIE USPRAWIEDLIWIA „SWOISTEJ“ DECYZJI PANÓW PROF. D-RA CIESZYŃSKIEGO, D-RA BERGERA I D-RA ŁUBKOWSKIEGO, A ZATYM PRZECZY NAJKATEGORYCZNIEJ POTRZEBIE CZY MOŻLIWOŚCI URZĄDZENIA VIII-GO ZJAZDU STOMATOLOGICZNEGO POZA RAMAMI XV ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH.

W zasadzie temat powyższy, tak dla nas przykry, byłby wyczerpany, gdyby nie pewne bijące w oczy ustępy pism Komitetu Organizacyjnego Sekcji Stomatologicznej.

I. A więc w piśmie z dnia 19.V. b. r. ironizuje się jako „główną troskę“ Komitetu XV Zjazdu urządzenie **imprezy gazowej;** czy nie jest to zbyt „swoiste“ docenianie **dla celów obrony Państwa** tego zagadnienia — stanowisko istotnie godne **świadomego obywatela!**

Dalej „miarodajna ocena“ wybitnego uczonego, który twierdzi, iż księga pamiątkowa Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, ukazująca się po roku, staje się **balastem** bibliotek, jako wydawnictwo nieaktualne. Jakżeż to możliwe, aby księga pamiątkowa, zawierająca streszczenia referatów naukowych i przebieg dyskusji nad nimi miała być balastem bibliotek, a przypadkiem nie źródłem pomocniczym dla studiów i prac; naszym skromnym zdaniem, poza tym — nawet po upływie wieku — ma ona wartość historyczną.

II. Do praktyk niecodziennych w życiu organizacyjnym należy zaliczyć:

1) zwrócenie się pp. prof. D-ra Cieszyńskiego et consortes, do członka Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicz-

nych i Przewodniczącego Komitetu Propagandowego VIII Zjazdu Stomatologicznego z prośbą o zwołanie nagłego, w ciągu 48 godzin, nadzwyczajnego posiedzenia członków Stałej Delegacji Pol. Zj. Stom. zamieszkałych w Warszawie (a tych jest większość), celem **zakomunikowania im decyzji** (!?) o wyłączeniu VIII Polsk. Zjazdu Stom. z XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich;

2) wysłanie pisma przez wyżej wymienionych likwidującego wzajemny stosunek Komitetu Org. Sekcji Stom. z Komitetem XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

W obydwu wypadkach granica swobodnego uznania zmieniona została na apodyktyczną wolę triumwiratu, co jeszcze w sposób bardziej wyraźny uwydatnia się w piśmie tegoż triumwiratu z dnia 23.V b. r. L. 121/37, jako odpowiedź na uchwałę Zebrania członków Stałej Delegacji Polsk. Zjazdów Stom. zamieszkałych w Warszawie, powziętą na zebraniu dnia 21.V b. r. (patrz załącznik).

III. Wśród kosztów przewidzianych przez Gospodarza Sekcji Stomatologicznej prof. Cieszyńskiego (pismo z dn. 15.V. 37 r. do Komitetu Org. XV Zjazdu), widnieje kwota zł. 700, którą autor nazywa śmiesznie niską — na częściowe pokrycie numeru Polskiej Stomatologii (wydawca — autor) poświęconego Zjazdowi. Czyż nie dziwnym wydawać się musi powyższe żądanie redakcji pisma zawodowego, wydającego swój kolejny numer nieco obszerniejszy. Przecież i inne pisma zawodowe wydają obszerne numery poświęcone Zjazdowi i nie zwracają się do Komitetu Org. o dotację pieniężną na ten cel. Dla przykładu podać możemy, iż organ nasz „Dwumiesięcznik Stomatologiczny“ w pierwszym roku swego istnienia — wydał specjalny numer Zjazdowy nie dopominając się o częściowe choćby pokrycie kosztów, tym bardziej mogłoby sobie na taki gest pozwolić wydawnictwo „Polskiej Stomatologii“, organu istniejącego już kilkanaście lat i posiadającego sporą ilość prenumeratorów, skoro już chce koniecznie mieć zaszczyt (niekoniecznie za pieniądze) przysłużyć się Zjazdowi).

„Dwumiesięcznik Stomatologiczny“ również i obecnie przygotowuje numer poświęcony Zjazdowi; jeżeli na taki wydatek nie stać czasopismo „Polska Stomatologia“, to redakcja „Dwumiesięcznika Stomatologicznego“ chętnie bez najmniejszego subsydium wydrukuje w swoim numerze zjazdowym wszystkie te prace, które prof. Cieszyński wzamian za owe 700 zł. miał zamiar poświęcić Zjazdowi.

IV. P. prof. Dr Cieszyński w piśmie (z dnia 13.V b. r.) twierdzi, „że na **połączeniu** Zjazdu Stomatologicznego z XIII Zjazdem Lek. i Przyr. Pol. w Wilnie i XIV w Poznaniu **„stracił“** fundusz Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stom., około 6 — 7 tysięcy złotych“.

Naszym zdaniem — nie jest to żadna strata, a zaszczytny przyczynek świata lekarsko-dentystycznego dla uświetnienia Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.

W piśmie triumwiratu z 23.V (L. 121/37) ma miejsce w odniesieniu do § 2 Statutu Stałej Del. Pol. Zj. Stom., typowa dedukcja na

temat łączności Zjazdów Stomatologicznych ze Zjazdami Lek. i Przyr. Polsk. Odnośne brzmienie § 2 jest następujące „Zjazdy odbywają się co dwa lata w miastach uniwersyteckich. W latach, w których się odbywają Zjazdy Lekarzy i Przyr. Pol. **łączą się** Zjazdy Stomatologiczne Polskie z temiż Zjazdami, tworząc osobną Sekcję Zjazdów".

Dla każdego jasnem jest, że skoro Zjazdy Stomatol. odbywają się co dwa lata, a Zjazd Lek. i P. P. co cztery, to z konieczności jeden Zjazd Stomatol. jest oddzielnym, a drugi w łączności ze Zjazdem Lek. i P. P., jako Sekcja Stomatologiczna.

Nie może więc być mowy, jak tego chce triumwirat, aby Zjazdy Stomatologiczne w latach Zjazdów Lek. i P. P., będąc ich Sekcją, mogły się odbywać **nierównocześnie,** a tylko „łączyć się". **Gdzież jest ten „łącznik" Zjazdów, jeżeli triumwirat dla celów rzekomo organizacyjno-finansowych zerwał łączność tychże,** do czego jednak, naszym zdaniem, szczęśliwie nie dojdzie, **GDYŻ CAŁY ŚWIAT LEKARSKO - DENTYSTYCZNY NIE PODZIELA TEGO TYPOWEGO STANOWISKA, TYPOWEJ ARGUMENTACJI I DECYZJI TRIUMWIRATU.**

VI. Wtym samym piście znajduje się następujący ustęp:

„Organizowanie wspólnej imprezy przez dwie organizacje otwiera możność wykorzystania jednej strony przez drugą, co w przypadku lwowskim ujawnia się w sposób rażący".

Innymi słowy autorzy pisma posuwają się tak daleko, że pomawiają organizatorów XV Zjazdu Lekarzy i Przyr. Pol. o wykorzystywanie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych. Pojęcie wykorzystywania mieści w sobie cechy czynu niegodnego; przysługuje nam prawo zapytania, co upoważniło autorów tego pisma do wysunięcia tak chlubnej imputacji w stosunku do organizatorów XV Zjazdu Lek. i P. P., którzy z poświęceniem i w znojnym trudzie pracują dla dobra ogółu lekarzy i przyrodników polskich?!

VII. W piśmie z dnia 19.V b. r. L. 100 — czytamy:

... „Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych przyjmuje do wiadomości rezygnację prof. Cieszyńskiego jako gospodarza Sekcji Stom. i upoważnia go jednocześnie do zorganizowania VIII Zjazdu Stomatologów Polskich niezależnie od XV Zjazdu Lek. i P. P."...

Ten wyczyn można nazwać tylko samozwańczym, gdyż tą Stałą Delegacją, przyjmującą do wiadomości rezygnację prof. Cieszyńskiego i dającą mu upoważnienie do organizowania oddzielnego Zjazdu, to P. P. Dr Berger i Dr Łubkowski! Delikatnie mówiąc, trzeba mieć niemałą dozę śmiałości, ażeby w tak zasadniczych dla całego zawodu i nauki kwestjach, któreby na długie lata mogły zaważyć na wzajemnych stosunkach decydować we trójkę, samozwańczo, w imieniu tak licznej i poważnej organizacji, jaką jest Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych, a ponadto w odpowiedzi na sprzeciw członków Stałej Delegacji zamieszkałych w Warszawie (pismo z dnia 23.V L. 121/37) trwać w uporze, że zmiana przez autorów dokonanych zarządzeń jest niemożliwa i to tak dalece, że dyskusja nawet na ten temat jest obecnie nieaktualna.

VIII. W tych wszystkich warunkach zakrawają chyba na ironię następujące ustępy pisma (z dnia 23.V b. r. L. 121/37) powyższych „decydujących czynników“, a to:

... „Apelujemy do solidarności koleżeńskiej i prosimy kolegów warszawskich o współpracę **w kierunku twórczym**. a nie w **kierunku hamującym** tak wielką imprezę, jaką jest VIII Polski Zjazd Stomatologiczny, nie ze względów formalnych, ale ze względu na dobro naszego zawodu i nauki polskiej. (sic!)

... „Z prawdziwym zadowoleniem przyjmiemy do wiadomości rewizję zapatrywań grupy warszawskiej Stałej Delegacji po zapoznaniu się z treścią niniejszego pisma, gdyż pragnęliśmy zawsze i **pragniemy obecnie** (sic) **wspólnej i zgodnej pracy** (sic!), jeżeli chodzi o jakiekolwiek poczynania zbiorowe dla dobra naszego zawodu“.

Składając na ręce JWielmożnego Pana Profesora jako Prezesa XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich jak najenergiczniejszy protest imieniem reprezentowanego przez nas ogółu absolwentów Akademii Stomatologicznej i byłego Państw. Instytutu Dentystycznego przeciwko scharakteryzowanej wyżej destrukcyjnej działalności nielicznych jednostek z pośród członków Stałej Delegacji Zjazdów Stom., mamy zaszczyt podziękować JWPanu Profesorowi za trudy poniesione w związku z organizacją Sekcji Stom. Zjazdu, oraz przeprosić za przykrości, jakie Go spotkały na zajmowanym stanowisku, wkońcu wyrazić gotowość chętnego, podjęcia się każdej pracy, którą JWPan Profesor uzna za stosowne nam powierzyć w związku z organizacją Sekcji Stomatologicznej Zjazdu.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów
Akademii Stomatologicznej:

K. Grodner *St. Krüger* *J. Szajewski*
J. Konstantin *G. Rytlowa* *J. Łączyński*

ODPISY KORESPONDENCJI.

Lwów, 19 maja 1937 r.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW, 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELON 5a.

L. p. 101.

STAŁA DELEGACJA
POL. ZJAZDÓW STOMATOL.
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

L. 10/37.

Jaśnie Wielmożny Pan Prof. Dr Alfred Meissner
Przewodniczący Warszawskiego Komitetu Propagandowego
VIII. Zjazdu Stomatologicznego.

JWielmożny Panie Profesorze!

Członkowie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych (grupa Lwowska), mają zaszczyt przesłać na ręce JWielmożnego Pana Profesora jako członka Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych i Przewodniczącego Warszawskiego Komitetu Propagandowego VIII. Zjazdu Stomatologicznego we Lwowie, odpis korespondencji zamienionej z Komitetem Organizacyjnym XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich i zwrócenia się z prośbą o zwołanie członków Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych **(grupa warszawska)** na posiedzenie nadzwyczajne, **nagłe,** ile możności w przeciągu 48 godzin, celem zakomunikowania decyzji, którą członkowie Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, zamieszkali we Lwowie, a odpowiedzialni za organizację VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, musieli powziąć. Równocześnie zwracamy się z prośbą do Wielce Szanownego Pana Profesora o dalszą współpracę tak samo i do członków Sekcji, zorganizowanych przy Warszawskim Komitecie Propagandy.

Łączymy wyrazy głębokiego szacunku i poważania

Dr Pietrzycki Dr Łubkowski Dr Berger A. Cieszyński

Lwów, dnia 19 maja 1937 r.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

L. p. 102.

Do
Szanownych Członków Stałej Delegacji
Polskich Zjazdów Stomatologicznych

Wielmożny Panie Kolego!

Organizując Sekcję Stomatologiczną w ramach XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, byliśmy przekonani, że Komitet XV. Zjazdu Lek. i P. P., pobierając od każdego z uczestników Sekcji Stomatologicznej wkładkę w wysokości 20 zł., lojalnie wyrówna wydatki połączone z organizacją naszej Sekcji, czyli VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego. Jednak w czasie rozmów, jakie się w ostatnich dniach na tym tle wyłoniły, dowiedzieliśmy się, że sprawa ta jest inaczej traktowaną przez Komitet XV. Zjazdu Lek. i P. P., a gdy prof.-

Cieszyński na prośbę naszą sprawę postawił zupełnie jasno, niedwuznacznie ustnie i pisemnie, otrzymał odpowiedź, „że rzeczywiste wydatki Sekcji zostaną zwrócone w granicach kredytów, którymi Komitet Zjazdowy będzie dysponował po przedłożeniu rachunków do zaakceptowania“.

Równocześnie dowiedzieliśmy się, że Komitet XV. Zjazdu pracuje zupełnie bez preliminarza budżetowego, a główną jego troską pod względem budżetowym jest impreza gazowa w pierwszy dzień Zjazdu i wydanie Księgi Pamiątkowej po XV. Zjeździe Lek. i P. P., która nie posiada dotychczas żadnego konkretnego preliminarza rozmiarów, ani preliminarza kosztów druku. Nawiasem mówiąc, księga ta dla nas jako specjalistów nie będzie przedstawiała tej wartości, jaką przedstawiać będą obszerniejsze sprawozdania z działu stomatologicznego.

Nie mogąc się obracać w granicach nieuchwytnych kredytów i nie mogąc równocześnie narażać Stałej Delegacji na wydatki, które według dzisiejszego stanu rzeczy prawdopodobnie nie będą w całości zwrócone, pomimo, że uczestnicy płacą wkładkę 20 zł., co według naszego preliminarza dla Sekcji Stom. wynosić będzie około 5 — 6 tysięcy, zmuszeni jesteśmy, po wyczerpaniu wszelkich prób dojścia do porozumienia, wycofać się z współudziału w XV. Zjeździe Lek. i P. P. i urządzić VIII. Zjazd Stomatologiczny zupełnie finansowo niezależnie.

W ten sposób uzyskujemy: 1) zwrot kosztów drogą wkładek uczestnictwa, 2) obniżenie znaczne wkładki zjazdowej z 20 na 14 zł., 3) w razie większej frekwencji liczyć możemy na nadwyżkę, która wpłynie do kasy Stałej Delegacji, 4) uzyskujemy ponadto możność wybrania dogodniejszego terminu na VIII. Zjazd Stomatologiczny i możemy wyzyskać na czas Zjazdu niedzielę i święto.

Dlatego ustanowiliśmy na VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny czas od 27 — 29 czerwca. (27) VI. — niedziela; drugi dzień Zjazdu w poniedziałek, trzeci dzień zjazdu — wtorek — święto Piotra i Pawła. Środę 30.VI. rezerwujemy na zwiedzanie wystaw, urządzanych z okazji XV. Zjazdu Lek. i Przyrodników Polskich, (wystawa balneologiczna, wystawa przyrodnicza i farmaceutyczna; zwiedzanie nowo urządzonego muzeum higieny). Dla zmęczonych zjazdem wycieczki w najbliższe okolice Lwowa. Dla członków organizacji i delegatów odbędą się 30 czerwca posiedzenia: Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stom., doroczne posiedzenie P. K. N. — F. D. I. i Rady Centralnej.

Od czwartku do soboty, t. j. od 1 — 3.VII. odbędą się w terminach już ogłoszonych, kursy dokształcające. Ci zaś koledzy, którzy chcą wziąć udział w XV. Zjeździe Lek. i P. P., mają możność uczestniczenia w nim, albowiem pierwsze zebranie zapoznawcze rozpoczyna się w sobotę wieczór, 3-go lipca.

Szanownych Członków Stałej Delegacji, zamieszkałych w innych miastach Polski prosimy o przyjęcie decyzji naszej do wiadomości. Zaznaczamy przy tym, że decyzja ta nie była łatwa i została powzięta po

długich naradach i bezowocnych pertraktacjach z Komitetem XV. Zjazdu Lek. i P. P.

Odpisy korespondencji z Komitetem Organizacyjnym XV. Zjazdu Lek. i P. P., mającej doprowadzić do porozumienia, jako też pismo likwidujące stosunek wzajemny z Komitetem XV. Zjazdu Lek. i P. P. przesyłamy równocześnie p. prof. Meissnerowi, pp. kol. Sachsowi i kol. Gombińskiemu w Warszawie oraz po jednym komplecie Sznownym Członkom Stałej Delegacji do Krakowa, Poznania i Wilna.

Pana prof. Meissnera, jako przewodniczącego Komitetu Propagandy VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego i Członka Stałej Delegacji prosimy uprzejmie o zwołanie nadzwyczajnego posiedzenia oficjalnego w Warszawie, Członków Stałej Delegacji zamieszkałych w Warszawie celem poinformowania ich o stanie faktycznym.

Za Stałą Delegację (Grupa Lwowska)

Dr. Henryk Berger, Dr. Stefan Łubkowski, prof. A. Cieszyński.

Dr Ignacy Pietrzycki,

sekretarz Komitetu Organizacyjnego VIII. Zjazdu Stomatolog.

Warszawa, dn. 22 maja 1937 r.

Do

Komitetu Organizacyjnego VIII. Polskiego
Zjazdu Stomatologicznego
na ręce Przewodniczącego
JWPana Prof. C I E S Z Y Ń S K I E G O
we L w o w i e.

Wielce Szanowny Panie Profesorze!

Warszawska Grupa Członków Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych na zebraniu zwołanym w dn. 21.V. 37 r. na skutek pisma Przewodniczącego Stałej Delegacji Zjazdów i Komitetu Organizacyjnego VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego z dnia 19.V. 37 r. po dłuższej dyskusji uznała:

że uchwała Grupy Lwowskiej jest sprzeczną ze statutem Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych i przeciwną uchwale VII. Pol. Zj. Stom. — ustalających urządzenie VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, jako Sekcji Stomatologicznej XV. Zjazdu Lek. i Przyr. Pol. we Lwowie.

Wobec tego Grupa Warszawska nie może zgodzić się z projektem grupy Lwowskiej i prosi o uszanowanie powziętej uchwały na VII. Pol. Zj. Stom. oraz uchwały St. Del. na zebraniu konstytucyjnym po Zjazdowym, jako też statutu Stałej Delegacji — p r z e z u r z ą d z e n i e VIII. P o l. Z j. S t o m. j a k o S e k c j i XV. Z j. L e k. i P r z y r. P o l. w e L w o w i e.

Za Grupę Warszawską St. Del. Pol. Zj. Stom.

Sekretarz: Przewodn. Zebrania:

(St. Grzybowski) (Prof. H. Wilga) (Prof. A. Meissner)

Lwów, 23 maja 1937 r.

STAŁA DELEGACJA
POL. ZJAZDÓW STOMATOL.
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

L. 121/37.

Do
Grupy Warszawskiej Stałej Delegacji
Polskich Zjazdów Stomatologicznych
na ręce
JWPana Profesora D-ra Alfreda Meissnera
w Warszawie.

List do Komitetu Organizacyjnego VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego z dnia 22. maja 1937 r. przysłany na moje ręce jako przewodniczącego Komitetu VIII. Zjazdu Stomatologicznego rozpatrzyłem jako przewodniczący Stałej Delegacji i zwołałem natychmiast zebranie grupy Lwowskiej Stałej Delegacji przy udziale sekretarza Komitetu Organizacyjnego VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

Rozpatrzyliśmy argumenty Grupy Warszawskiej ze stanowiska merytorycznego i formalnego. Po zwróceniu szczególnej uwagi na paragraf 2, 3, 4 i 5 statutu, doszliśmy do przekonania, że decyzja Grupy Lwowskiej nie jest w niczym sprzeczna ze statutem. Sprzeczność tylko jest pozorna i nie dotyczy istoty § 1 i 2.

§ 2 ma na celu utrzymanie łączności z zespołem przyrodniczo-lekarskim i czerpanie nawzajem z postępu i rozwoju nauk przyrodniczo-lekarskich ale nie przewiduje kolizji finansowo-organizacyjnej, która powstaje, gdy Kom. Org. Zjazdów Lek. i P. P. nie respektuje autonomii organizacyj współpracujących, a w danym wypadku Zjazdów Stom. zastrzeżonej § 5 naszego statutu, a kładąc ograniczenia, nie zapewnia z góry pokrycia wszystkich wydatków organizacyjnych, po zaakceptowaniu ich przez organ kontrolujący Stał. Del. Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Paragraf 2-gi statutu nie mówi wcale o tym, że Zjazdy Stomatologiczne Polskie mają się odbywać równocześnie ze Zjazdami Lek. i P. P., tylko mają się łączyć z nimi. W intencji więc układających statut Stałej Delegacji było: nie powodować kolizji między tymi Zjazdami, jak to np. było w r. 1933 w Poznaniu, gdzie zarządzenia Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Lek. i Przyr. P. były tak kategoryczne, że uniemożliwiały całkowite odbycie programu VI. Zjazdu Stomatologicznego.

Przeciwnie, w intencji układających statut było umożliwienie łączności współpracy w tym sensie, ażeby koledzy nasi lekarze dentyści i stomatologowie mogli korzystać z postępu nauk przyrodniczo-lekarskich, a więc z referatów sekcyjnych, z czego wynikałaby nie koincydencja, ale łączenie czasowe Zjazdów Stomatologicznych ze Zjazdami przyrodniczo-lekarskimi.

Organizowanie wspólnej imprezy przez dwie organizacje otwiera możność do wykorzystania jednej strony przez drugą, co w przypadku lwowskim ujawnia się w sposób rażący.

Ponieważ Stała Delegacja Zjazdów Stom. przy wspólnym organizowaniu Zjazdów w Wilnie i Poznaniu poniosła już znaczne materialne straty, było obowiązkiem moim, jako prezesa Stałej Delegacji a przewodniczącego M. K. O. Zjazdu Stomatologicznego nie dopuścić do ponownego zaangażowania finansów naszej organizacji tylko za oddanie firmy Sekcji Stomatologicznej XV. Zjazdu Lek. i P. P. Dlatego też Grupa Lwowska Stałej Delegacji z całym naciskiem poleciła mi jako gospodarzowi Sekcji Stomatologicznej dopilnowonia kwestii finansowej, aby salwować fundusze Stałej Delegacji i wcześnie, jasno i stanowczo stawić kwestię pokrycia faktycznych rozchodów.

Stwierdzamy, że w danym wypadku § 2-gi Stałej Delegacji został w zupełności respektowany albowiem wyodrębnienie finansowo-organizacyjne VIII. Zjazdu Stomatologicznego od XV. Zjazdu Lek. i P. P. nie stoi w żadnej sprzeczności statutowej, nie naraża w niczym funduszów Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych, a przeciwnie, otwiera horoskopy najpomyślniejszego rozwiązania sprawy finansowej dla naszej organizacji.

Paragraf 3 uprawnia M. K. O. Zjazdów Stomatologicznych do oznaczania trwania każdego Zjazdu. M. K. O. w danym wypadku Grupa Lwowska, zadecydowała, ażeby Zjazd Stomatologów nie ograniczył się wyłącznie do wykładów i pokazów, trwających 3 dni, ale umożliwił uczestnikom Zjazdu i większe korzyści przez urządzenie kursów dokształcających i wystawy naukowo przemysłowej, która ze względu na inwestycje i zaangażowanie sfer kupieckich, nie może trwać tylko przez 3 dni, ale musi być otwarta przez dłuższy okres czasu.

Wspomniane wystawy, które są integralną imprezą Zjazdów Stomatologicznych w Polsce (§ 4a), trwać będą od 27. czerwca do 7. lipca 1937 r., a więc przez cały czas trwania XV. Zjazdu Lek. i P. P., tworząc łańcuch łączący oba Zjazdy.

Krótki czas dzielący nas od rozpoczęcia Zjazdu, przyjęcie na siebie szeregu nowych agend organizacyjnych, poczynione już znaczne wkłady materialne i zaangażowanie sfer kupieckich na pewnych warunkach przez urządzenie wystawy przemysłu dentystycznego uczyniły, że zmiana zarządzeń dokonanych jest niemożliwa, tak, że dyskusja nad tym, czy VIII. Polski Zjazd Stomat. ma się odbyć w ramach XV. Zjazdu Lek. i P. P. jako Sekcja, obecnie jest już nieaktualna.

Apelujemy do solidarności koleżeńskiej i prosimy Kolegów Warszawskich o współpracę w kierunku twórczym, a nie w kierunku hamującym tak wielką imprezę, jaką jest VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny, nie ze względów formalnych, ale ze względu na dobro naszego zawodu i nauki polskiej.

Decyzja co do uniezależnienia VIII. Zjazdu Stomatologicznego

pod względem organizacyjno-finansowym wyłącznie ze względów na dobro Stałej Delegacji naszych Zjazdów podjęta była z pełną świadomością odpowiedzialności za to pociągnięcie, w zupełnym zrozumieniu interpretacji statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, co było nam tym łatwiej, że obecny przewodniczący Stałej Delegacji jest także redaktorem statutu tejże organizacji.

Z prawdziwym zadowoleniem przyjmiemy do wiadomości rewizję zapatrywań Grupy Warszawskiej Stałej Delegacji po zapoznaniu się z treścią niniejszego pisma, gdyż pragnęliśmy zawsze i pragniemy obecnie, wspólnej i zgodnej pracy, jeżeli chodzi o jakiekolwiek poczynania zbiorowe dla dobra naszego zawodu.

Za Grupę Lwowską Stałej Delegacji
Zjazdów Stomatologicznych:

Dr Berger
Sekretarz
VIII. Polsk. Zjazdu Stomat.
Dr Pietrzycki

Dr Łubkowski
Przewodniczący Stałej Deleg.
i VIII. Zjazdu Stomat. Lwów.
Dr A. Cieszyński

Lwów, 25 maja 1937 r.
Piekarska 52, tel. 240-52.

XV ZJAZD
LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH
WE LWOWIE
4 — 7 LIPIEC 1937

L. p. 251/37.

Wielce Szanowny Panie Rektorze!

Zawiadamiamy niniejszym JWPanów, że Prof. A. Cieszyński zrezygnował z przewodnictwa sekcji stomatologicznej XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich i postanowił urządzić oddzielny Zjazd Stomatologów na tydzień przed Zjazdem naszym. Stanowisko Prof. Cieszyńskiego popiera Stała Delegacja Stomatologów we Lwowie. Przyczyną rezygnacji jest odmowa Komitetu Organizacyjnego przyznania pogłównego w kwocie 8 zł. od członków Stomatologów i Dentystów biorących udział w Zjeździe. Komitet był skłonny jednak pokryć wszelkie rzeczywiste koszta związane z organizacją sekcji, nie mogąc jedynie zgodzić się na zasadę pogłównego tembardziej, iż wszelkie dochody związane z imprezami sekcji stomatologicznej w czasie Zjazdu jak np. Wystawa, zastrzegł sobie Prof. Cieszyński jako dochód własny Delegacji Stomatologicznej.

Komitet Organizacyjny Zjazdu przyjął w tych warunkach rezygnację Prof. Cieszyńskiego do wiadomości, postanowił jednak utrzymać sekcję stomatologiczną w ramach Zjazdu. Zwracamy się zatem do Wielce Szanownego Pana Rektora z uprzejmą prośbą o jaknajrychlejsze zwołanie posiedzenia Profesorów Akademii Stomatologicz-

nej i łaskawe zadecydowanie, czy w tych warunkach zechcą WPanowie wziąć udział w Zjeździe — o co bardzo prosimy — i wyznaczyć spośród siebie Gospodarza Sekcji, któremu Komitet postara się jaknajbardziej ułatwić pracę.

Uprzejmie prosimy o szybką odpowiedź, przystępujemy bowiem niebawem do druku szczegółowego programu. W razie gdyby obecność nasza była potrzebna, prosimy o wiadomość telegraficzną.

Za Komitet Organizacyjny XV. Zjazdu
Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie

(—) *W. Koskowski* (—) *Rencki*
Sekr. gen. Prezes

Nr. 1261/37 EXPRESS

Dnia 28 maja 1937 r.

Do
Pana Prof. Dra R. Renckiego
Prezesa Komitetu Organizacyjnego
XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
we Lwowie.

Mam zaszczyt zakomunikować, że otrzymane pismo z dnia 25.V. 37 L. p. 251/37 podałem natychmiast do do wiadomości Pana Przewodniczącego Komitetu Lokalnego Organizacyjnego Sekcji Stomatologicznej, Prof. Dra A. Meissnera, który ze swej strony zwołał w tej sprawie niezwłocznie posiedzenie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych Grupy Warszawskiej.

W wyniku tego posiedzenia postanowiono nie przyjmować udziału w oddzielnym Zjeździe Stomatologów urządzanym przez p. Prof. A. Cieszyńskiego.

Natomiast jak najliczniej zdecydowano stawić się w Sekcji Stomatologicznej w ramach Zjazdu.

Równocześnie wybrano na Gospodarza Sekcji p. Prof. dra Alfreda Meissnera zamieszkującego w Warszawie, Al. Jerozolimskie nr. 31.

Pozostając nadal do usług Komitetu Organizacyjnego, łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania

Rektor
(—) *J. Modrakowski*
(Prof. Dr J. Modrakowski).

Lwów, dnia 13 maja 1937 r.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

Do

Szanownego Komitetu Organizacyjnego
XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
we L w o w i e.

W odpowiedzi na pismo z dnia 13. maja b. r., w którym zostałem zawiadomiony, że Komitet Organizacyjny gotów jest udzielić w ramach swych możliwości pewnej kwoty zgodnej z rzeczywistymi wydatkami, a nie może niestety zgodzić się na opodatkowanie każdego uczestnika (scilicet sekcji stomatologicznej), mam zaszczyt zawiadomić, że pod tymi warunkami nie mogę się podjąć zorganizowania sekcji stomatologicznej i dlatego zostawiam sobie wolną rękę albo do odwołania zupełnego VIII. Zjazdu Stomatologicznego i zrezygnowania zorganizowania sekcji stomatol., albo też do urządzenia VIII. Zjazdu Stom. niezależnie od XV. Zjazdu Lek. i Przyr. polskich, a nawet z przesunięciem terminów.

Stwierdzam, że cała organizacja dotychczasowa i późniejsza została przeprowadzona niezależnie od XV. Zjazdu, przy czym zmontowany jest cały program zjazdu, przygotowana pod względem organizacyjnym wystawa przemysłowa i naukowa, a przez wyłączną współpracę kliniki stomatologicznej, zapewniony jest program naukowy podczas i przed zjazdem, a nawet zapewnione jest wydanie wykładów — częściowo nawet w numerze zjazdowym.

Uczestnicy VIII. Zjazdu Stom. mogą snadnie zrezygnować z otrzymania pamiętnika XV. Zjazdu Lek. i Przyr. Polskich, który jak doświadczenie uczy, wychodzi w rok albo w półtora roku po Zjeździe i staje się tylko balastem bibliotek, jako wydawnictwo nieaktualne, a ekwiwalent za firmę Sekcji Stom. XV. Zjazdu przy opłacie 20 zł. wkładki z niepewnym zwrotem efektywnych kosztów jest niewystarczającym.

Stwierdzam przy tym, że na połączeniu Zjazdu Stomatol. z XIII. Zjazdem Przyrodników Polskich w Wilnie, a XIV. w Poznaniu, stracił fundusz Stałej delegacji polskich zjazdów stomatologicznych około 6 — 7 tysięcy złotych.

Wobec takiego stanu rzeczy nie mogę jako przewodniczący Stałej delegacji narażać na nieobliczalne straty, tym bardziej, że każdy z dotychczasowych Zjazdów Stomatol. w międzyczasie urządzany nie tylko pokrywał efektywne wydatki, ale dawał około 3 — 4 tysięcy dochodu na lepsze urządzenie zjazdów następujących i wydawnictwa.

U nas przyjęta wkładka około 12 zł. od członka zwyczajnego i 6 zł. od członka towarzyszącego otwiera nam szerokie możliwości organizacyjne.

Dla informacji podaję tylko, że dotychczas zostało wysłanych przeszło 2.800 obszernych komunikatów rozesłanych indywidualnie poza komunikatami w Polskiej Stomatologii.

Zwyrazem wysokiego poważania
A. Cieszyński.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

Lwów, dnia 15 maja 1937 r.

Do
Szanownego Komitetu Organizacyjnego
XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
na ręce Generalnego Sekretarza
JWielmożnego Pana Prof. W. Koskowskiego
we Lwowie.

Nawiązując do pisma swego z dnia 13 maja 1937 w sprawie rozliczenia wkładek uczestnictwa, dodaję, że zestawiłem aproksymatywne koszty Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, związane z urządzeniem VIII. Zjazdu Stomatologicznego, jako Sekcji XV. Zjazdu Lek. i Przyr. P. Licząc jak najskromniej wynosić będą około 3122 zł., przy czym nie wliczone są żadne reprezentacyjne przyjęcia ani urządzenie Wystawy Dent. Przemysłowej, które zazwyczaj obciążają również budżet naszego Zjazdu. Na dodanie numeru Polskiej Stomatologii dla 350 uczestników o objętości przeszło 100 stron ze specjalnym programem naszym i z głównymi wykładami naszej Sekcji in extenso oraz streszczeniami innych wykładów nadesłanych, liczę przy tym śmiesznie niską sumę 700 zł., to jest po dwa złote od egzemplarza, licząc, że resztę pokryją mi anonse, których jeszcze nie mam.

Pokrycie częściowe sumy preliminowanej uzyskać mogę tylko z wkładki uczestnictwa, i to

przy 300 uczestnikach à 8 zł.	2.400.—	
60 osób towarzyszących à 3 zł.	180.—	zł. 2.580.—

W razie 250 uczestników i 50 osób towarzyszących, suma ta wynosiłaby dopiero zł. 2.150.

Przy pierwszej rozmowie projektowanego udziału à 5 zł. od uczestnika pozostać nie mogę, albowiem otrzymałbym w rezultacie:

250 × 5.—	1.250.—	
50 × 2.—	100.—	zł. 1.350.—

a kto zapłaciłby resztę?

Najprostsze jest podzielenie ryzyka, biorąc za podkład realne wydatki, które u nas kalkulują się w sposób powyżej podany.

Rachunkowość ta dotyczy organizacji: Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych i przechodzi tamże kontrolę. Dlatego też nie mogę składać rachunków szczegółowych Komitetowi Organizacyjnemu Zjazdu z tym, że

„Komitet Organizacyjny w ramach swej możliwości udzieli pewnej kwoty, zgodnej z rzeczywistymi kosztami“, albowiem to wyszłoby w końcu na rodzaj jakiejś subwencji,

albo jałmużny, której my w tym charakterze nie potrzebujemy, jeżeli uczestnicy naszej Sekcji faktycznie wpłacą wkładki na cele VIII. Zjazdu, a niekoniecznie na księgę pamiątkową XV. Zjazdu Lek. i P. P.

Nas obchodzące referaty będą in extenso, albo też w streszczeniu drukowane w Polskiej Stomatologii, albo w jednym z innych pism fachowych naszych, tak, że do wydrukowania ich w ogólnym pamiętniku nie przykładamy szczególnej wagi. Dotychczasowe doświadczenie wskazuje ponadto, że pamiętnik tegoż Zjazdu ukazać się może również za rok albo 1½ roku, jak to było dotychczas, gdy Zjazd Lwowski wszystkich przestanie interesować.

Łączę wyrazy prawdziwego szacunku

A. Cieszyński.

X V Z J A Z D
LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH
W E L W O W I E
4 — 7 LIPIEC 1937.

L. p. 239/37.

Lwów, dnia 18 maja 1937 r.

Wielce Szanowny Panie Dziekanie!

W odpowiedzi na pisma JWPana Profesora z dnia 13 i 15 b.m. oraz na podstawie wyników konferencji w dniu 18 b.m. Komitet Organizacyjny oświadcza ponownie gotowość pokrywania rzeczywistych wydatków sekcji stomatologicznej Zjazdu w granicach kredytów, którymi będzie dysponował i po przedłożeniu rachunków Komitetowi do akceptowania.

Uprzejmie prosimy o odwrotną odpowiedź JWPana Profesora czy decyzję Komitetu przyjmuje do wiadomości.

z prawdziwym poważaniem

(podp.) *W. Koskowski* (podp.) *Rencki*

(Pieczęć)

W. Koskowski
Sekr. gen.

Komitet Organizacyjny
XV. Zjazdu
Lekarzy i Przyrodników
Polskich we Lwowie.

R. Rencki
Prezes.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

Lwów, dnia 19 maja 1937 r.

Do

Komitetu Organizacyjnego
XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
we L w o w i e.

na ręce Generalnego Sekretarza
JWielmożnego Pana Prof. W. Koskowskiego

W odpowiedzi na pismo z dnia 18. maja 1937 L.239/37 mam zaszczyt zawiadomić Szan. Komitet Organizacyjny, że przyjęcie odpowiedzialności za zorganizowanie VIII. Zjazdu Stomatologicznego jako Sekcji XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodn. Polskich na warunkach przedstawionych w piśmie Szanownego Komitetu Organizacyjnego XV. Zjazdu L. i P. P. z dnia 18 maja przekracza moje kompetencje. Wobec tego przedstawię tę sprawę dziś jeszcze członkom Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych zamieszkałym we Lwowie do zadecydowania. Ponieważ jednakowoż uważam, że bezpośrednie porozumienie się członków Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, zamieszkałych we Lwowie z Sekretarzem Generalnym XV. Zjazdu L. i P. P. Panem Prof. Koskowskim może doprowadzić najprędzej do znalezienia wyjścia z tej trudnej sytuacji, proszę w imieniu własnym i imieniem Kolegów lwowskich, ażeby Pan Profesor Koskowski był łaskaw przybyć na posiedzenie zwołane w tejże sprawie dziś 19. maja b. r. o godzinie 20.45 na ul. Batorego 38, (I. p. tel. Nr. prof. Cieszyńskiego 224-48).

Z wyrazem prawdziwego szacunku i poważania

Dr. Pietrzycki
Sekretarz VIII. Zjazdu Stom.

A. Cieszyński
Przewodniczący

Członkowie Stałej Delegacji

Dr. Berger *Dr. Łubkowski*

Lwów, dnia 19 maja 1937 r.

XV ZJAZD
LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH
WE LWOWIE
4 — 7 LIPIEC 1937.

L. p. 244/37.

Do
Jaśnie Wielmożnego Pana
Prof. D-ra A. CIESZYŃSKIEGO
Gospodarza Sekcji Stomatologicznej
XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich
we Lwowie.

W odpowiedzi na pismo z dnia 19 b. m. uprzejmie komunikuję, iż niestety na posiedzenie Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych z powodu innego terminowego zajęcia przybyć nie mogę.

Równocześnie nadmieniam, że Komitet Organizacyjny miał sposobność w obecności JWPana Profesora i w pismach do Niego wy-

razić swoje stanowisko w sprawie pokrycia rzeczywistych kosztów Sekcji Stomatologicznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie i niestety nie może go zmienić.

Będę bardzo wdzięczny Szanownemu Panu Dziekanowi za możliwie szybkie zakomunikowanie wyników dzisiejszego posiedzenia Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych.

Z wysokim poważaniem

(podp.) *W. Koskowski*

W. Koskowski

Sekr. gen.

Lwów, dnia 19 maja 1937 r.

VIII. POLSKI ZJAZD STOMATOLOGICZNY
LWÓW 1937 — LIPIEC
KOMITET ORGANIZACYJNY
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

STAŁA DELEGACJA
POL. ZJAZDÓW STOMATOL.
LWÓW, UL. ZIELONA 5a.

L. p. 100.

Do
Szanownego Komitetu Organizacyjnego
XV. Zjazdu Lek. i P. P. we Lwowie
na ręce Generalnego Sekretarza
JWielmożnego Pana Prof. W. Koskowskiego
we Lwowie.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stomatologicznych (Grupa Lwowska), rozważywszy dokładnie wszelkie własne możliwości finansowe co do urządzenia VIII. Zjazdu Stomatologicznego jako Sekcji XV. Zjazdu Lek. i P. P. na warunkach zakomunikowanych przez Komitet Organizacyjny w listach z dnia 18 i 19.V. L. 239, 244/37, z przykrością zawiadamia, że urządzenie VIII. Zjazdu Stom. w ramach XV. Zjazdu Lek. i P. P., jest jej niemożliwym.

Stała Delegacja Polskich Zjazdów Stom. nie może brać odpowiedzialności materialnej za wydatki połączone z imprezami naukowymi, t. j. urządzeniem wykładów, wystawy naukowej oraz ponosić koszty propagandy, mając tylko warunkowo i nieuchwytnie zapewniony zwrot tychże wydatków. Komitet Organizacyjny Zjazdu Lek. i P. P. wyraził wprawdzie gotowość pokrywania rzeczywistych wydatków

Sekcji Stomatologicznej w granicach kredytów, którymi będzie dysponował i po przedłożeniu rachunków Komitetowi do zaakceptowania, jednakże kredyty te jak i kolejność i rubryka wydatków, są zupełnie nieznane, my zaś musimy obracać się w ramach konkretnych cyfr, któreśmy zresztą Szanownemu Komitetowi przedłożyli.

Chcąc umożliwić Szanownemu Komitetowi realną kalkulację bez ryzyka, proponowaliśmy pewien procent od realnie inkasowanej wkładki uczestników Sekcji Stomatologicznej. Wobec tego, że i tę propozycję Szanowny Komitet odrzucił, nie widzimy tylko i wyłącznie ze względów finansowych możliwości organizowania Zjazdu Stom. w ramach XV. Zjazdu Lek. i P. P.

Pisma p. Prof. Cieszyńskiego z dnia 13 i 15 b. m., zawierające szczegółową argumentację naszego stanowiska, akceptujemy w całej rozciągłości.

Stała Delegacja Zjazdów Stomatologicznych przyjmuje do wiadomości rezygnację prof. Cieszyńskiego jako gospodarza Sekcji Stom. i upoważnia go jednocześnie do zorganizowania VIII. Zjazdu Stomatologów Polskich niezależnie od XV. Zjazdu Lek. i P. P. Zjazd nasz odbędzie się w terminie nie kolidującym z terminem XV. Zjazdu Lek. i P. P. O stanowisku naszym zawiadamiamy wszystkie nasze komitety propagandowe.

Równocześnie prosimy uprzejmie o zwrot wkładek zjazdowych tym wszystkim, którzy w karcie zgłoszenia zgłosili i zgłoszą udział w Sekcji Stom. XV. Zjazdu Lek. i P. P.

Jednocześnie zawiadamiamy, że jeżeli to terminowo będzie możliwym, uprzystępnimy członkom Zjazdu Lek. i P. P. bezpłatne zwiedzanie naszej wystawy przemysłowej i naukowej.

Łączymy wyrazy wysokiego szacunku i poważania

Za Stałą Delegację Polskich Zjazdów Stomatolog.

Dr. S. Łubkowski *Dr. H. Berger*

Prof. Dr. A. Cieszyński *Dr. I. Pietrzycki*
Przewodniczący Sekretarz.

KOMUNIKAT PRZESŁANY DO LEKARZY-DENTYSTÓW.

Lwów, dnia 21.V. 1937 r.

Zmiana Terminu Zjazdu.

VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny od 27 do 29.VI. 1937 w czasie dogodniejszym, niedziela, poniedziałek, wtorek święto. Z powodów finansowo-organizacyjnych VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny odbędzie się niezależnie od XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Komunikat następny za kilka dni. Na razie nie wysyłać wkładki Zjazdowej aż do otrzymania komunikatu. Prosimy przy sposobności uwiadomić Kolegów.

(—) *Cieszyński.*

CAVEANT PROFESORES NE ALMA MATER NOSTRA DETRIMENTUM CAPIAT!

(Na marginesie egzaminów dla techników dentystycznych).

Monitor Polski Nr. 104 z dnia 8.V. b. r. ogłasza Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej o mających się odbyć dnia 2 lipca b. r. egzaminach techników dentystycznych na t. zw. uprawnionych techników dentystycznych, co wobec brzmienia art. 17 ustawy o wykonywaniu praktyki lek. dentystycznej z 10.VI. 1927 r. „zaszczyci“ nasz zawód nowym zastępem wysoce wykwalifikowanych praktyków. Z ubolewaniem stwierdzamy, że w związku z powyższymi egzaminami krąży uporczywa pogłoska, iż doc. Dr Cybulski Witold, zastępca Profesora i Kierownik Katedry Protetyki Dentystycznej ma podobno być jednym z dwóch egzaminatorów. Trudno nam nie uwierzyć tej pogłosce, skoro już dawniej niejednokrotnie Panowie Profesorowie Katedr Specjalnych Akademii Stomatologicznej (za szczytnym wyjątkiem Katedry Chirurgii Stomatologicznej) byli właśnie takimi egzaminatorami, wówczas, gdy profesorowie Katedr Stomatologicznych przy Wydziałach Lekarskich Uniwersytetów Polskich nigdy techników dentystycznych nie egzaminowali.

Zachodzi więc pytanie, jak ci sami Profesorowie, którzy wykładając w Akademii Stomatol. domagają się dla studentów A. S. dodania piątego roku studiów, a to w celu należytego wyczerpania programu studiów — uważają za możliwe przyjąć na siebie tego rodzaju „zaszczyt“ i pogodzić z własnym sumieniem egzaminowanie półanalfabetów z tak szerokiego programu, jaki dla egzaminów na uprawnionych techników zakreśla szczegółowy program egzaminów dla techników dentystycznych (załącznik do Instrukcji Min. Opieki Społecznej z dnia 12 maja 1937 r. Monitor Polski Nr. 115 poz. 175).

Możemy zapewnić naszych Czcigodnych Wychowawców, że hołdując głoszonym przez Nich i wpajanym nam zasadom w czasie studiów — żaden z wychowanków A. S. nie podjąłby się nigdy tak zaszczytnej misji. Wyrażamy niepłonną nadzieję, że Ogólne Zebranie Profesorów Akademii Stomatol., któremu przewodzi tak wybitny naukowiec, jakim jest Jego Magnificencja Prof. Dr Modrakowski podzieli nasze stanowisko, uznając odczutą przez nas, z takiego stanu rzeczy, niewymowną przykrość, za w pełni uzasadnioną.

Do szerszego i merytorycznego omówienia sprawy wspomnianych egzaminów powrócimy wkrótce po odbyciu zwołanego dla tej sprawy Nadzwyczajnego Walnego Zebrania Członków naszego Stowarzyszenia.

Jednocześnie wspomniane Nadzwyczajne Walne Zebranie zajmie się sprawą reklamowanych anonimowo w Warszawie Prywatnych Koedukacyjnych Kursów na protetyków (sic!) dentystycznych).

Za Zarząd:

Sekretarz: *Kazimierz Grodner*

Prezes: *Janusz Szajewski.*

O SANCTA SIMPLICITAS!

(Ku uwadze P. P. Delegatów IX Zjazdu Delegatów Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim).

Wspomniany wyżej Zjazd Delegatów, odbyty w Warszawie w dn. 31.V i 1.VI ub. roku, powziął uchwałę (Nr. VIII) treści następującej:

„Zjazd Delegatów Związku stwierdza, że działalność Zrzeszenia Absolwentów P. I. D. nie skoordynowana z planem pracy pozostałych zrzeszeń lekarsko-dentystycznych, nie przynosi pożytku zawodowi.

Konkomitowanie listu otwartego p. J. Łączyńskego, zamieszczonego w N-rze 2-gim „Dumiesięcznika Stomatologicznego" podpisem Zrzeszenia przyczyniło się do zaostrzenia stosunków w zawodzie oraz przyniosło zawodowi niepowetowaną szkodę".

W związku z tym oświadczamy, jak następuje:

1) Jesteśmy odrębną organizacją zawodową, ramy działalności której normują odnośne przepisy statutowe; żaden z tych przepisów nie nakłada obowiązku koordynacji działalności naszego Stowarzyszenia z „planem pracy" pozostałych Zrzeszeń Lekarsko-Dentystycznych, a Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim w szczególności. W tych warunkach ta swoista pretensja P. P. Delegatów Zjazdowych, a zatym i Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim — nie mówiąc już o nieznanym nam zresztą owym „planie pracy", jest niewłaściwą;

2) twierdzenie P. P. Delegatów Zjazdowych, że działalność naszego Stowarzyszenia „nie przynosi pożytku zawodowi", jest równoznaczne z pomawianiem Stowarzyszenia Absolwentów A. S. o przynoszenie zawodowi szkody, a wobec gołosłowności tego zarzutu, inaczej go niestety nazwać nie możemy, jak i n s y n u a c j ą i bezdyskusyjnie w tej sferze go pozostawiamy;

3) do krytyki działalności Zarządu Stowarzyszenia Absolwentów A. S. powołane są władze organizacyjne tegoż Stowarzyszenia; skoro zatem Zarząd Stowarzyszenia Abs. A. S. solidaryzował się z wystąpieniem kol. Łączyńskiego, a następnie, składając sprawozdanie ze swej działalności, uzyskał od Walnego Zebrania absolutorium bez jakichkolwiek bądź zastrzeżeń — to w tej sprawie niema nic do powiedzenia inna organizacja, a P. P. Delegaci Zjazdowi Związku Lekarzy-Dentystów w Państwie Polskim w szczególności. Tego ich wystąpienia nie można inaczej nazwać, jak tylko mieszaniem się w wewnętrzne sprawy naszej organizacji czynników, nie posiadających ku temu prawa zarówno formalnego i zwyczajowego, jak i moralnego;

4) w tych warunkach ujawnioną w protokule zjazdowym dyskusję i powziętą uchwałę powyższą P. P. Delegatów Zjazdowych składamy, jako jeden z bardzo charakterystycznych i typowych eksponatów do lamusa osobliwości, dotyczących istoty, treści i zasadności poczynań jednostek, grup, czy też organizacji w sprawach dotyczących zarówno naszego Stowarzyszenia jak i dawnego P. I. D., a obecnej A. S. i jej wychowanków;

5) dla uwypuklenia naszego stanowiska w końcu podkreślamy, że ze względów zasadniczych uchylamy się z góry od ewentualnej dalszej na ten temat polemiki, co w niczem nie przekreśla faktu, iż wszystkie pospołu „zarzuty" P. P. Delegatów Zjazdowych pod adresem naszego Stowarzyszenia pozostawiamy w sferze im właściwych imputacji.

Za Zarząd Stow. Abs. A. S.

(—) *K. Grodner*, Sekretarz. (—) *J. Szajewski*, Prezes.

—o—

ZMARLI.

Ś. p. ANNA z WAGNERÓW KRÜGEROWA.

Dn. 8.X. 1936 r. zmarła ś. p. lek.-dentysta Anna z Wagnerów Krügerowa.

Urodzona w r. 1903, ukończyła gimnazjum W-nej Zaborowskiej w Warszawie. W roku 1930 otrzymała dyplom Państwowego Instytutu



Dentystycznego. Podczas swych studiów akademickich Zmarła brała czynny udział w pracy społecznej jako członek Zarządu Bratniej Pomocy. Była również członkiem Komisji dla Dochodzenia Praw Akademic-

kich w P. I. D., dając liczne dowody ofiarności i gorącego zainteresowania sprawą naszego zawodu.

Łagodność, cierpliwość, koleżeńskość jednała Jej ogólne uznanie i niekłamaną sympatię pośród pacjentów i kolegów. Zmarła była żoną lekarza-dentysty Stefana Krügera, długoletniego członka Stowarzyszenia Absolwentów P. I. D., obecnie A. S., wydawcy Dwumiesięcznika Stomatologicznego. Była mu wiernym towarzyszem pracy.

W ś. p. Annie Krügerowej tracimy Koleżankę o niepowszednich zaletach serca i charakteru.

Cześć Jej pamięci!

J. Konstantin.

ś. P. FRANCISZEK GOLDBERG-GÓRSKI.

Dnia 5.IV. b. r. zmarł ś. p. lekarz dentysta Franciszek Goldberg-Górski urodzony w ziemi Płockiej 2 września 1863 r.

Szkoły średnie ukończył w Płocku; studia — w Warszawie; specjalizował się w Klinikach Berlińskich w czasach słynnego Wirchowa.



Po ukończeniu studiów rozpoczął praktykę prywatną w Warszawie w r. 1892.

Jego świetna inteligencja, olbrzymie zdolności, niezmordowana pracowitość wysunęły Go na czoło pracowników w swoim zawodzie,

a osobiste cechy charakteru: dobroć, wyrozumiałość, wielka bezinteresowność — zjednały szybko miłość i szacunek ludzki.

W r. 1914, jako wybitny już specjalista chorób szczękowych, powołany zostaje przez Dra Kijewskiego, ówczesnego Lekarza Naczelnego Lazaretu Miejskiego, mieszczącego się w dawnym gmachu kadetów (w Al. Ujazdowskich), do pracy w tymże Lazarecie. Organizuje tam oddział stomatologiczny do złamań szczęk.

Na stanowisku tym pozostaje do dn. 1 sierpnia 1915 r.

Po odrodzeniu Państwa Polskiego, mając już lat pięćdziesiąt kilka, zgłasza się, jako ochotnik do Sanitariatu Polskiego, by nieść pomoc rannym żołnierzom. Organizuje wtedy oddział stomatologiczny w I szpitalu okręgowym i rozpoczyna pracę ze zwyżłym sobie zapałem.

Wkłada w tę pracę nie tylko całą swą wielką wiedzę popartą długoletnim doświadczeniem, lecz zapał, energię i ogromne ukochanie sprawy.

Setkom ludzi przywraca zdrowie w przypadkach najcięższych, nie szczędząc sił i czasu.

Sanitariat Polski pracę tę ocenił należycie, darząc Go zupełnym zaufaniem i wysokim uznaniem. Serce jednak, wyczerpane wytężoną pracą, zaczęło podupadać.

W r. 1932 rażony atakiem sercowym podczas niesienia pomocy chorym w szpitalu, nie chce porzucić umiłowanej przez siebie pracy, i gdy po krótkim odpoczynku stargane serce wraca trochę do zdrowia, rozpoczyna pracę z dawnym zapałem, pomimo iż dolegliwości serca bezustannie dawały znać o sobie. Pozostawia ukochaną przez siebie placówkę dopiero wtedy, gdy serce całkowicie odmówiło już posłuszeństwa.

Ogłosił drukiem szereg prac z zakresu swej specjalności:

1) Leczenie złamania żuchwy z ubytkiem przez wywołanie samoistnego tworzenia się mostków kostnych (1923).

2) O powikłanych złamaniach szczęk i sposobach ich leczenia (z lazaretu miejskiego) 1914.

3) O guzach zapalnych szczęk, 1924, Polska Dentystyka.

4) Nowy sposób leczenia promienicy twarzy i szyi. 1933.

5) Przyczynek do zachowawczego leczenia miazgi zębowej. (Rzecz czytana w sekcji dentystycznej IX. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie).

6) Kilka słów o dostawkach t. z. podpartych lub czynnościowych (Przegląd Dentystyczny) 1929, Nr. 2.

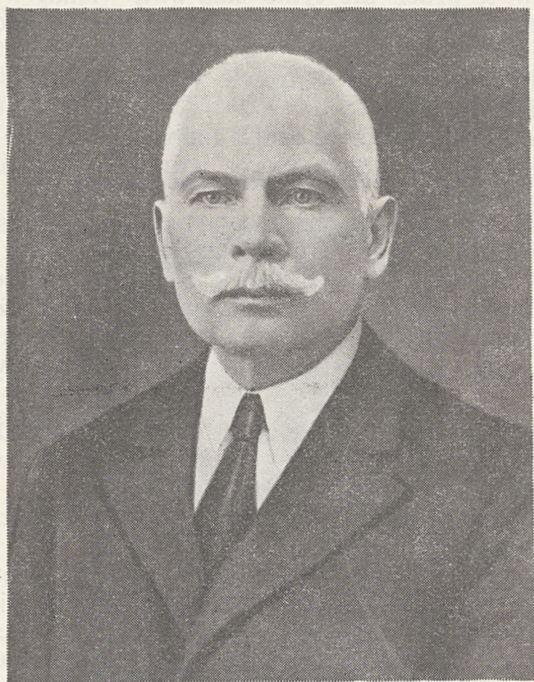
Odszed człowiek cichy i szlachetny, zasłużony dobrze obywatel kraju; unikający rozgłosu, bezgranicznie bezinteresowny, wielki — niepowszednią swą indywidualnością i ogromem pracy, którą pozostawił.

Dr Borusiewicz.

Ś. P. WŁADYSŁAW ŚWIATŁOWSKI.

Wielostronna działalność ś. p. Władysława Światłowskiego, zmarłego dn. 21.X. 1936 r., nie może być pominięta w dziejach dentystyki polskiej, a w szczególności jest ona żywą dla wychowanków Akademii Stomatologicznej.

Ś. p. Władysław Światłowski był założycielem i kierownikiem jednej z najpoważniejszych placówek przemysłu dentystycznego w Polsce p. t. „Wł. Światłowski i S-wie". Prowadząc swą



firmę na gruntownych podstawach handlowych, zdobytych w wyższej szkole handlowej im Kronenberga, postawił sobie za zadanie z jednej strony — propagowanie wśród lekarzy nowoczesnych zdobyczy przemysłu dentystycznego, zdobyczy opartych na badaniach naukowych, a nie na szumnej reklamie, z drugiej zaś strony — dążył do podniesienia, a właściwie stworzenia wytwórczości krajowej w tej dziedzinie.

Działalność Zmarłego wielokrotnie wykraczała poza zakres obowiązków kupieckich. Służył wszystkim zwracającym się do Niego mądrą radą i głębokim doświadczeniem, a zwłaszcza otaczał opieką słuchaczy Akademii Stomatologicznej, rozumiał ich niejednokrotnie ciężkie położenie materialne i starał się przyjść z pomocą, stwarzając im niezwykle dogodne warunki, umożliwiające posiadanie kosztownego, lecz niezbędnego do studiów instrumentarium.

Liczne dotacje na rzecz stowarzyszeń akademickich Akademii Stomatologicznej były przejawami Jego niezwykle szlachetnego serca.

Młodzi lekarze, wychowankowie A. S., niejednokrotnie zawdzięczali Mu swą egzystencję, gdyż ś. p. Wł. Światłowski pomagał im w utworzeniu nowej placówki, zdając sobie sprawę z korzyści, jaką odnosi społeczeństwo z pracy wykwalifikowanego lekarza, eliminującego licznych nieuprawnionych do wykonania praktyki lekarskiej partaczy.

To też z nazwiskiem ś. p. Wł. Światłowskiego łączy się pojęcie wybitnego fachowca, świadomego i ofiarnego obywatela - społecznika, oraz niezwykle szlachetnego i jednocześnie skromnego człowieka.

Cześć Jego pamięci!

J. Konstantin.

———o———

LIST DO REDAKCJI.

J. Wielmożny Panie Redaktorze!

Pracując całkowicie ideowo, a nie mając możności w inny sposób dotrzeć do szerokich mas społeczeństwa, proszę Pana Redaktora o łaskawe udzielenie mi wysocecennej pomocy przez bezinteresowne zamieszczenie mej poniższej odezwy „Głos Zbieracza...". Za zrozumienie mych wysiłków około przysłużenia się wspólnej, dobrej sprawie oraz za niezwykłą życzliwość składam Panu Redaktorowi gorące podziękowanie. Równocześnie proszę uprzejmie o nadesłanie mi do zbiorów egzemplarz poczytnego pisma z moją odezwą. Z wysokim poważaniem

Józef Władysław Kobylański.

Głos zbieracza do ludzi dobrej woli!

Dzięki pomocy ludzi dobrej woli uzupełniłem znacznie mój księgozbiór myśliwsko-przyrodniczy, który udostępniłem bezinteresownie w moim mieszkaniu, (jak w bibliotece publicznej) każdemu pracującemu naukowo. Do tego zbioru poszukuję i nabywam: książki, pisma, kalendarze myśliwskie, autografy ludzi zasłużonych w łowiectwie, ekslibrysy, etykiety myśliwskie z flaszek (żubrówka etc.), statuty, regulaminy, legitymacje, dyplomy, listy i koperty kółek łowieckich, zaproszenia na polowania, bale myśliwskie i t. p.

Specjalnie proszę o umożliwienie mi nabycia medali, żetonów i odznak łowieckich noszonych przy kapeluszach lub przy klapach marynarek, a leżących bezużytecznie po szufladach. Proszę też o medale i odznaki z wystaw łowieckich, towarzystw opieki nad zwierzętami i ochrony przyrody, o odznaki myśliwskie prywatnych osób, za strzelania myśliwskie, żetony bractw strzeleckich i za biegi św. Huberta, o tarcze Straży łowieckiej i leśnej i t. d. Jedyna ta moja w Polsce kolekcja żetonów myśliwskich pójdzie w tym roku na wszechświatową wystawę łowiecką do Berlina, gdzie reprezentować będzie dorobek Polski i w tej dziedzinie, przedstawiającej motywy łowieckie w sztuce grawerskiej i t. p.

Proszę też o wiadomości o dawnych zwierzyńcach i kulcie św. Huberta w Polsce oraz o adresy osób, do których mógłbym się zwrócić w powyższych sprawach.

Inne pisma, do których dotrzeć nie zdołałem, proszę w imię słusznej sprawy o łaskawe przedrukowanie tej odezwy.

Józef Władysław Kobylański,
kapitan rezerwy
starszy referendarz P. K. P.

Warszawa 1, ul. Górnośląska 16, m. 38.

KOMUNIKATY.

Do

Panów Przewodniczących Komitetów Miejscowych
Organizacji VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego
we Lwowie w dn. 4 — 7 lipca 1937 r.

Decyzją Komitetu Organizacyjnego XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie, organizacją Sekcji Stomatologicznej przejął jako nowo obrany gospodarz p. Prof. A. MEISSNER w Warszawie.

Informacje dalsze niebawem nastąpią.

Akademia Stomatologiczna, Marszałkowska 151.

Gospodarz Sekcji Stomatologicznej
XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników
Polskich we Lwowie:
(—) *A. Meissner*
(Prof. A. Meissner).

Sekretarz:
(—) *S. Grzybowski*
(Lek. dent. S. Grzybowski)

KOMUNIKAT II.

z dnia 2 czerwca 1937 r.

VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny — Lwów — 4 - 7 lipca 1937 jako 29 Sekcja Stomatologiczna XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Na podstawie art. 2. Statutu Stałej Delegacji Polskich Zjazdów stomatologicznych VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny **odbędzie się** w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w czasie **od 4 do 7 lipca 1937 r.** Tylko legitymacja członkowska wydana przez Komitet Organizacyjny XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, uprawnia do wzięcia udziału w Zjeździe, oraz imprezach, jak np. „Wystawy Naukowo - Przemysłowa i Przyrodniczo - lekarska, Raut, i Bankiety“. Obrady Sekcji odbędą się w sali Kopernika w gmachu nowym Uniwersytetu J. K. Wystawa odbędzie się na Targach Wschodnich, oraz w Klinikach Chorób Wewnętrznych i Chirurgii U. J. K.

Wszelkie inne ulotki p. t. „VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny“ **zmieniające termin Zjazdu są nieaktualne,** jako sprzeczne z ar. 2. Statutu i Uchwałą Zebrania stałej Delegacji z dnia 3. listopada 1935 r.

Wobec ustąpienia Prof. Dra Cieszyńskiego ze stanowiska Gospodarza Sekcji Stomatologicznej, **Gospodarzem Sekcji** został mianowany **Pan Prof. A. Meissner.**

Gospodarz Sekcji Stomatologicznej XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich i Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

(—) Prof. Dr. A. Meissner.

Sekretarz:
(—) lek. dent. S. Grzybowski.

Za Komitet Organizacyjny VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

Prof. Dr H. Wilga, Prof. Dr M. Zeńczak, Doc. Dr W. Cybulski, Doc. Dr. K. Szepelski, lek.-dent. A. Słokowski, lek.-dent. J. Gombiński, lek.-dent. N. Neufeld, lek.-dent. German, lek.-dent. D. Mesz, lek.-dent. L. Sachs, lek.-dent. J. Szajewski.

ZJAZD CZECHOSŁOWACKICH STOMATOLOGóW 10—13.VI. W PRADZE.

Urządza Związek czechosłowacki lekarzy-dentystów Ziemi Czeskiej w Pradze z okazji 40-lecia swego istnienia.

Program przedwstępny.

Czwartek, 10. czerwca o 20-tej godz.: Wieczór w celu zapoznania się Hotel „Zlatá Husa“ Praha II, Václavské nám. 13.

Piątek 11. czerwca o godz. 8.30: Zagajenie zjazdu w sali posiedzeń Ratusza Staromiejskiego w Pradze (Staromestská radnice).
o godz. 10.30: Zwiedzanie miasta (autobusy), ewent. zwiedzenie wystawy.
o godz. 12.45: Zagajenie wystawy dentystycznej. Národní dum na Král. Vinohradech.

Program części naukowej zjazdu:

Posiedzenia zjazdowe odbywać się będą w ogrodzie zimowym Domu Narodowego (Národní dum na Král. Vinohradech, Korunni 2).

Piątek 11. czerwca przed południem:

I. Zebranie plenarne.

Leczenie zębów w związku z infekcją fokalną.

Prof. Dr Jan Jesensky: Słowo wstępne.
Prof. Dr Fr. Kostecka: Profilaktyka zębowej infekcji fokalnej.
Prof. Dr Fr. Neuwirth: Rezultaty Klinicznych i eksperymentalnych studiów o leczeniu miazgi zębowej.
Doc. Dr Jar. Krecan: Leczenie zębów z gangreną pulpy.
Asyst. Dr Józ. Pribyl: Leczenie zębów z pulpitis.
Asyst. Dr Zd. Mézl: Aseptyczna ekstyrpacja.
Prof. Dr Fr. Bazat: Infekcja fokalna w stomatologii konserwacyjnej.
Prof. Dr Fridrichovsky: Leczenie zębów przy infekcji fokalnej.

Sobota, 12. czerwca przed południem:

II. Zebranie plenarne.

Dzisiejsza protetyka.

Prof. Dr Karel Cerny: Nowoczesne typy zębów porcelanowych.
Prym. Dr Jar. Mares: Odcisk.
Doc. Dr Jan Jesensky: Protezy z pseudometali i namiastek kauczuku.
Asyst. Dr J. Konupcík: Kombinacja złota i pseudometali dla mostków fiksacyjnych.
Prof. Dr Fridrichovsky: Gingiwist, nowy materiał w protetyce.

Sobota, 12. czerwca po południu:

Sekcja.

Ortodoncja (14 — 16 godz.).

Doc. Dr Karol Wachsman: Wstęp do ortodoncji.
Prof. Dr Jerzy Maly: Płaszczyzny twarzowe.

Profilaktyka ortodontyczna.

Asyst. Dr Jar. Klimes: Adenoidalna wegetacja i anomalie zgryzu.
Asyst. Dr L. Vajdová: Złe nawyki u dzieci i anomalie budowy zębów.

Terapia ortodontyczna.

Asyst. Dr Jan Simsa: Instrumenty kauczukowe.
Asyst. Dr Ferd. Skaloud: Instrumenty ze stali nierdzewnej.
Doc. Dr K. Wachsman: Nowe kształtowanie łuku labialnego.

Dentystyka szkolna (godz. 16—18-ta).

Dyskusje na tematy: Uskutecznianie planowej opieki nad uzębieniem młodzieży szkolnej w zakładach (ambulatoriach), a prywatne ordynacje kontraktowych lekarzy-dentystów.
Dr Jar. Pokorny.
Dr Lib. Rubes - Gollowa.

Prócz referatów, objętych oboma tematami ramowymi, których spis podajemy, nie będzie wolnych odczytów (to zn. na tematy dowolne). Koledzy, którzy chcieliby pokazać lub oznajmić pewne rezultaty swych doświadczeń, prac i studiów, proszeni są o uskutecznienie tego w formie demonstracji przy stole (table-dinics). Dla demonstracji przeznaczona jest niedziela przed południem. Odbywać się będą w lokalu Kliniki dentystycznej prof. Dr. Jesenskiego (Praha II., Na Krizovatce) i Państwowego Zakładu Dentystyki (Praha XII, Fochova 64). Zgłoszenia demonstracji przyjmuje sekcja naukowa (II) Komitetu Organizacyjnego (Sekretarz Dr Vr. Bazant).

W czasie zjazdu dostępne będą dla uczestników zjazdu zbiory muzealne prof. Dr Jesenskiego w Klinice Dentystycznej (Praha II.), Na Krizovatce i zbiory naukowe Państwowego Zakładu Dentystyki (Praha XII, Fochova 64).

Wystawa Przemysłu Dentystycznego, farmaceutycznego i pomocniczego

w salach Domu Narodowego (Národní dum na Král. Vinohradech) będzie otwarta w czasie zjazdu codziennie od 8 do 18-tej godz.

Koledzy i koleżanki, niezgłoszeni dotychczas, zgłoście się jak najwcześniej!

Nie zwlekajcie z wysłaniem zgłoszenia! Utrudniacie w ten sposób nadzwyczaj pracę Komitetu Organizacyjnego, który nie może poczynić odpowiednich dyspozycji i zarządzeń. Szkodzicie tym sobie! Im później zgłosicie się, tym wyższa będzie opłata kongresowa.

Dostęp do części naukowej programu zjazdu (to zn. wstęp na odczyty i demonstracje) mają jedynie lekarze-członkowie zjazdu.

Za:

Komitet Organizacyjny Zjazdu Czechosł. Stomatologów:

Dr Józef Dvorák, prezes
Dr Fryd. Khunt sekretarz generalny
Dr Wr Bazant, sekretarz II sekcji.

Ze Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia W. P. Kol., że przy Zarządzie istnieje Biuro pośrednictwa pracy, które poleca wykwalifikowanych kandydatów na posady i zastępstwa. Uprzejmie prosimy w razie zapotrzebowania zwracać się do
Biura pośrednictwa pracy ul. Wspólna 59, m. 8, tel. 9-40-22, od godz. 18 — 20.

Kierownik Biura **H. Zaczyńska.**

BIBLIOTEKA STOMATOLOGICZNA.

Polecamy Sz. Kol. Kol. nowo powstałe wydawnictwo dzieł naukowych p. n. **„Biblioteka Stomatologiczna“**, które dysponuje dziełami profesorów wyższych uczelni i wybitnych fachowców po raz pierwszy wydanymi w języku polskim z dziedziny chirurgii stomatologicznej, patologii i terapii chorób zębów, ortodoncji, protetyki i techniki dentystycznej.

Katalogi i prospekty wysyła na żądanie „Biblioteka Stomatologiczna“, Warszawa ul. Miedziana 5, tel. 5.06-30.

ZAWIADOMIENIE.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej zawiadamia Sz. kol. Kol. iż dnia 13.VI. 1937 r. o godzinie 9.30 w I-szym terminie, a o godz. 10 w II-gim terminie, odbędzie się

Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków Stowarzyszenia w Warszawie

w sali wykładowej Kliniki Chirurgii Stomatologicznej, Marszałkowska 149, I-sze piętro, z następującym porządkiem dziennym:

1) egzaminy dla pracowników techniczno - dentystycznych;
2) prywatne koedukacyjne kursy dla kształcenia protetyków dentystycznych.

Koleżanki i Koledzy przybądźcie jak najliczniej, sprawa nader pilna i zasadniczej wagi dla całego zawodu

Zarząd.

VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny
Lwów
4 — 7 lipca 1937 r.

Dnia 5. czerwca b. r. o godz. 12.30 odbyła się w Warszawie konferencja Prezesa Komitetu Organizacyjnego XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich Prof. Dra R. Renckiego i Generalnego Sekretarza Prof. Dra W. Koskowskiego z Gospodarzem Sekcji Stomatologicznej tegoż Zjazdu Prof. Dr A. Meissnerem i Doc. Dr K. Szepelskim w sprawach organizacyjnych. W wyniku tej konferencji po załatwieniu szeregu spraw pilnych, został Doc. Dr Szepelski mianowany zastępcą gospodarza Sekcji Stomatologicznej XV. Zjazdu L. i P. P., a sekretarzem Sekcji Dr med. Wł. Szafran, Lwów, ul. Sykstuska 56.

Tegoż dnia o godz. 17.20 został przyjęty na audiencji u Prezesa Prof. Dra R. Renckiego przedstawiciel Zarządu Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej lek. dent. J. Konstantin, wręczając Panu Prezesowi memoriał Stowarzyszenia w sprawie VIII. Polskiego Zjazdu Stomatologicznego.

Podczas rozmowy dotyczącej Sekcji Stomatologicznej kol. Konstantin podkreślił, iż Zarząd Stowarzyszenia, który ma zaszczyt reprezentować, stojąc na stanowisku nierozerwalności Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich i Polskich Zjazdów Stomatologicznych dołoży wszelkich starań, aby jaknajwiększa ilość członków Stowarzyszenia wzięła udział w XV. Zjeździe lwowskim i poczyni energiczne starania u Władz, aby wszelkie imprezy zwoływane p. t. „VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny“, mające odbyć się nie w ramach XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie zostały w zarodku uniemożliwione, jako samozwańcze, sprzeczne ze statutem Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych i uchwałą tejże Delegacji z dnia 3. listopada 1935 r.

Pan Prezes Prof. Dr Rencki wykazał duże zainteresowanie dla spraw Sekcji Stomatologicznej.

———o———

PYTANIA I ODPOWIEDZI.

Pytanie Nr. 1. Jak zaradzić objawom pieczenia, palenia błony śluzowej u pacjenta noszącego protezę z czerwonego kauczuku. A. S.?

G. S. Warszawa.

Odpowiedź na pytanie Nr. 1. Pieczenie, stan zapalny jamy ustnej przy obecności dostawek wykonanych z czerwonego kauczuku przypisać należy działaniu barwików wchodzących w skład kauczuku czerwonego. Wszelkie uśmierzające płukania stanowić będą ulgę chwilową i nie polepszą zasadniczo sprawy.

Aby załatwić tę rzecz definitywnie należy zamienić kauczuk czerwony — czarnym, nie posiadającym tych barwików i zachowującym się neutralnie. Jeżeli stan jamy ustnej i warunki materialne pacjenta pozwalają, możnaby z dobrym wynikiem dla błony śluzowej zastosować płytę metalową: złotą lub Wipla. Należy zauważyć, że przed zmianą płyty, czy to na czarny kauczuk, czy na metal, trzeba zalecić pacjentowi nie noszenie dostawki (jeśli można zupełne, albo przynajmniej w chwilach wolnych od zajęć), ażeby błona śluzowa znajdująca się w stanie zapalnym, przekrwiona, obrzmiała, mogła powrócić do stanu normalnego. Ów okres odpoczynku jest indywidualny; długość jego zależy od stopnia zmian wywołanych działaniem dawnej płyty. Mniej więcej waha się w granicach od 2 — 10 dni.

J. Galasińska Landsbergerowa.

—o—

KALENDARZ ZJAZDOWY.

1937. 10—13.VI. Praga. Zjazd czechosłowackich stomatologów z okazji 40-lecia istnienia Związku czechosłowackich lekarzy-dentystów.

1937. 4—7. VII. Lwów. VIII. Polski Zjazd Stomatologiczny, jako 29. Sekcja XV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

1937. 31.VII.—4.VIII. Düsseldorf. Zjazd Niemieckich Lekarzy Dentystów.

1937. 16—19.VIII. Kopenhaga. VI. Międzynarodowy Zjazd „Arpa".

Polska Drukarnia Nakładowa, sp. z ogr. odp., Warszawa, Senatorska 17.